

Martin Sandberg Buch og Anne Petersen

## Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner

Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune



*Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende  
koordinatorfunktioner – Evaluering af et samarbejdsprojekt  
mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns  
Kommune*

Publikationen kan hentes på [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne, 2017

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7488-965-6  
Projekt: 11155

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



**Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Koordinerende indsatsplaner (herefter KI-planer) er et værktøj, som skal medvirke til, at der finder god koordinering sted af de kommunale og regionale tiltag, der er omkring borgere med samtidig psykisk lidelse og misbrug, samt understøtte, at borgerne får relevant behandling. Arbejdet med koordinerende indsatsplaner er et nationalt initiativ, der de seneste år har været under udvikling og implementering i alle fem regioner med tilhørende kommuner.

Nærværende evaluering samler op på erfaringerne fra det samarbejdsprojekt, som Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri har gennemført for at afprøve arbejdet med KI-planer forud for implementering i hele regionen. Rapporten er i første omgang målrettet de fagpersoner og beslutningstagere, der er ansvarlige for arbejdet med KI-planer i Region Hovedstaden og de tilhørende kommuner. Den kan dog også læses af de tilsvarende målgrupper i de øvrige regioner og kommuner, såvel som det nationale niveau, der har til opgave at understøtte arbejdet med KI-planer.

Rapporten er udarbejdet af projektchef Martin Sandberg Buch og projektleder Anne Petersen. Første udgave af rapporten har været til kommentering hos KI-planernes styregruppe. Herefter har det færdige udkast været i eksternt review hos en forsker og en praktiker med særlig indsigt i tværsektorielt psykiatrisamarbejde. Endelig er der gennemført en afsluttende kvalitetssikring ved analyse- og forskningschef Pia Kürstein Kjellberg fra KORA.

Vi vil gerne takke de forskellige informanter fra psykiatri, misbrugsbehandling og kommuner, der har deltaget i evalueringen og fortalt om deres erfaringer med de koordinerende indsatsplaner.

# Indhold

Resumé .....	6
<b>1</b> Projektkoordinerende indsatsplaner .....	<b>10</b>
1.1 Baggrund og formål.....	10
1.2 KI-planernes organisatoriske kontekst og projektorganisation .....	10
1.3 Pilotafprøvningen på Amager .....	14
1.3.1 Datagrundlag og igangsatte forløb .....	14
1.3.2 Udfordringer for arbejdet med KI-planer .....	14
1.3.3 Potentialer i de koordinerende indsatsplaner.....	16
1.3.4 Læring og justeringer som følge af pilotafprøvningen.....	17
<b>2</b> KORAs undersøgelsesdesign .....	<b>18</b>
2.1 Formål og opgaveforståelse .....	18
2.2 Evalueringens datagrundlag og undersøgelsesspørgsmål.....	19
2.2.1 Observationer af KI-møder .....	19
2.2.2 Interview og databehandling .....	19
2.2.3 Overvejelser omkring evalueringens datagrundlag.....	20
2.2.4 Evalueringens afgrænsninger .....	20
2.3 Rapportens opbygning .....	20
<b>3</b> Arbejdet med at omsætte implementeringsmodellen til praksis.....	<b>22</b>
3.1 Projektledernes rolle og opgaver .....	22
3.1.1 Informationsmateriale og pilotafprøvning på Amager .....	22
3.1.2 Implementering i Københavns Kommune frem til sommerferien 2016 ..	23
3.1.3 Opsamling .....	25
3.2 KI-planernes formidlingsaktiviteter og informationsmateriale.....	25
3.2.1 KI-planernes hjemmeside og skriftlige materiale .....	25
3.2.2 Perspektiver på Fælles skolebænk og temadag .....	25
3.3 KI-koordinatorernes rolle og opgaver .....	26
3.3.1 Koordinatorernes implementeringsopgaver.....	26
3.3.2 Koordinatorernes opgaver som ambassadører og sparringspartnere.....	27
3.3.3 Monitorering og opfølgning på KI-forløb .....	29
3.3.4 Muligheder og barrierer for implementering af KI-planer ifølge koordinatorerne .....	29
3.4 Fagpersonernes forståelse af formålet med KI .....	30
3.5 Muligheder for at implementere KI i en travl hverdag .....	31
3.6 Barrierer for at anvende KI-planer i en travl hverdag .....	32
3.6.1 Uforudsigelige forløb og usikkerhed omkring arbejdsbyrden.....	32
3.6.2 Konkurrerende løsning: Netværksmødet .....	33
3.6.3 Konkurrerende opgaver og projekter .....	33
3.6.4 Det manglende fælles it-redskab .....	33
3.6.5 Der mangler succesoplevelser, og KI-planerne er sårbare over for dårlige erfaringer.....	34
3.6.6 Fællesteamets erfaringer .....	35

3.7	Status for igangsættelse af KI-forløb.....	36
3.8	Opsamling på implementeringsmodellens møde med praksis .....	37
4	Det borgerrettede arbejde med KI-planer .....	38
4.1	At få et KI-møde op at stå .....	38
4.1.1	Opsporing og inklusion af relevante borgere .....	38
4.1.2	Hvordan fagpersonen handler på tanken om KI som en mulighed .....	41
4.1.3	Forberedelsen af KI-mødet.....	43
4.2	Selve KI-mødet ... ..	45
4.3	Udbyttet af KI-møderne ifølge fagpersonerne .....	48
4.3.1	Det personlige møde opleves positivt .....	48
4.3.2	Når KI-møderne fungerer godt, skabes der ny viden.....	49
4.3.3	KI-mødet kan styrke koordinering og fremdrift i borgerens forløb .....	49
4.4	Opsamling.....	50
5	Konklusion og anbefalinger .....	53
5.1	Implementeringsmodellens møde med praksis.....	53
5.2	Fremadrettede anbefalinger.....	55
5.2.1	Projektledelsens fremtidige rolle .....	55
5.2.2	Styrket koordinering af deltagelsen i tværsektorielle uddannelsestiltag .....	55
5.2.3	Anbefalinger til at styrke den decentrale implementering .....	55
5.2.4	Mulighed for at tænke KI-planen sammen med eksisterende løsninger.....	56
5.2.5	Inddrage erfaringer med alternative organiseringsformer .....	57
5.2.6	Muligheder for at justere KI-samarbejdet med borgeren.....	57
	Litteratur .....	58
Bilag 1	KI-planer implementeringsmodel.....	59
Bilag 2	KORAs spørgeguide til koordinatører, tovholdere og nøglepersoner.....	74
Bilag 3	Borgerperspektiver på KI-planer og indholdet af udarbejdede planer.....	77
Bilag 4	Referater af KI-planer .....	85
Bilag 5	De to organisationer, der skal samarbejde.....	90

# Resumé

## Baggrund, formål og anvendte metoder

Region Hovedstadens Psykiatri, i form af Psykiatrisk Center - Amager, København og Frederiksberg (herefter PC Amager etc.), samt Københavns og Frederiksberg Kommune, samarbejder om at udvikle og afprøve koordinerende indsatsplaner (herefter KI-planer) for borgere med dobbeltdiagnose, dvs. borgere med samtidigt misbrug og psykisk lidelse. Formålet med KI-planerne er, at de regionale og kommunale indsatser over for borgeren skal koordineres, således at borgeren får et sammenhængende forløb, der fremmer dennes bedring.

For at understøtte implementeringen af KI-planerne er det besluttet, at KORA skal evaluere indsatsen ca. halvandet år efter, at afprøvningen begyndte. Formålet er, på organisatorisk niveau, at give en status på de udviklings- og implementeringsopgaver, der følger med KI-planerne, og indsigt i, hvilke forhold der fremmer/modvirker implementering. På operationelt niveau undersøger evalueringen, hvordan der er arbejdet med KI-planerne på borgerniveau, hvilke konsekvenser de involverede fagpersoner oplever, at KI-planerne har for samarbejde og borgerforløb, samt hvad der fremadrettet vurderes at kunne konsolidere indsatsen yderligere.

Evalueringen er baseret på skriftligt materiale om KI-planerne, gruppeinterview med ledere (to interview) og fagpersoner (fem interview), der har arbejdet med KI-planerne, samt observation af et KI-møde. Endvidere indgår et bilag udarbejdet af Region Hovedstadens Psykiatris Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser, der omhandler borgernes erfaringer med KI-planer samt indhold og kvalitet i udarbejdede KI-planer.

## Evalueringens fund

Evalueringen viser, at der er lagt et stort arbejde i at forberede og afprøve KI-planerne forud for implementeringen i en bredere kontekst. Endvidere er der gennemført en omfattende informationsindsats, som både understøtter implementeringen af KI-planer og i en bredere kontekst understøtter en igangværende udvikling i retning af et styrket samarbejde om borgere med dobbeltdiagnose.

Erfaringerne fra Amager, hvor KI-planerne blev pilotafprøvet, adskiller sig væsentligt fra de øvrige dele af Københavns Kommune. De forskellige erfaringer knytter sig dels til, hvor lang tid der har været arbejdet med fokus på KI-planerne, dels til i hvor høj grad decentrale ledere og fagpersoner oplever, at de har haft mulighed for at udfylde de opgaver, de er tiltænkt i arbejdet med KI-planer.

Evalueringen viser således, at der på Amager findes ledere og fagpersoner, der ser KI-planerne som en positiv mulighed og involverer sig aktivt i at implementere KI-planerne, hvilket også er afspejlet i, at 18 af i alt 21 KI-planer er oprettet på Amager. I forlængelse heraf er der også givet eksempler på, at de koordinerende indsatsplansmøder, når de fungerer godt:

- Styrker relationerne mellem de involverede fagpersoner og bidrager med overblik og fælles forståelse for borgerens forløb
- Giver bedre mulighed for at tænke langsigtet end almindelige netværksmøder
- Understøtter fremdriften i borgerens forløb, bl.a. fordi referatet og den bredere deltagerkreds giver et bedre beslutningsgrundlag for de myndighedsfunktioner, der efterfølgende skal tage stilling til, hvilke tilbud borgeren visiteres til.

I de øvrige dele af samarbejdsprojektet, hvor arbejdet med KI-planer først for alvor blev skudt i gang med Fælles Skolebænk i maj 2016, er der kun igangsat tre KI-planer. De konkrete erfaringer med KI-planer er således meget begrænsede, og der er i langt mindre grad end på Amager identificeret ledere og fagpersoner, som aktivt arbejder med at implementere planerne. Evalueringen indikerer således, at udrulningen af KI-planer i en bredere organisatorisk kontekst tager tid og fordrer et vedvarende ledelsesmæssigt fokus. Ikke mindst i lyset af, at opmærksomheden på KI-planer – indtil videre – ser ud til at være udkonkurreret af omorganiseringer på misbrugsområdet samt arbejdet med at etablere Huset for psykisk sundhed (i daglig tale 'Psykiatriens Hus').

Evalueringen viser også, at der – uagtet i hvilket omfang fagpersoner og ledere har involveret sig i implementeringen af KI-planer – er en række grundlæggende barrierer, som står i vejen for, at KI-planen i sin nuværende form får den ønskede udbredelse og betydning på udførende niveau. Barriererne – der fremstår konsistent på tværs af Kompetencecenterets indledende erfaringsopsamling og vores interview med involverede ledere, koordinatore og fagpersoner – knytter sig især til, at:

- Inklusionskriterierne ses som en udfordring, fordi det ikke er i de fælles forløb, fagpersonerne ser det største behov for KI-planerne. I stedet har (især de kommunale fagpersoner) et ønske om at anvende KI-planerne som løftestang for at etablere flere fælles forløb.
- Kriteriet omkring borgernes samtykke og aktive medvirken i KI-planen ofte er vanskelig at realisere, fordi de komplicerede borgere med dobbeltdiagnose er svære at motivere og har svært ved leve op til ønsket om, at de skal deltage aktivt i at lægge langsigtede planer for deres forløb. Der er også en bekymring for, om KI-planen og setuppet omkring denne er for tungt at arbejde med, når der opstår behov for at ændre de planer, der er lagt.
- Usikkerhed omkring rollen som tovholder og ordstyrer og oplevelsen af, at der er tale om en (for) stor opgave, får mange fagpersoner til på forhånd at afskrive arbejdet med KI-planer.
- KI-planen er et lille element, der skal implementeres i mange fagpersoner og enheders hverdag for at fungere. KI-planerne forsvinder let i en travl hverdag, og der er en tendens til, at ansvaret for planer – på samme måde som de mest ressourcekrævende borgerforløb – skubbes rundt mellem aktørerne.
- Der efterlyses tydelige succeshistorier, som kan bruges til at illustrere nytten af KI-planer, men der er endnu ikke skabt nogen. Tværtimod er der mange, som fortæller om KI-planer, der er sat i gang – primært for projektets skyld, hvorfor de ikke har givet det forventede udbytte. De fleste interviewpersoner oplever muligheden for at holde netværksmøder som en kendt løsning, der er lettere at arbejde med, samtidig med at disse i det store hele forbindes med lige så gode resultater som mødet omkring KI-planen.

Oplevelsen af de beskrevne barrierer er udbredt, og de giver et billede af, at KI-planerne i deres nuværende form vil være vanskelige at implementere og fastholde som en fast rutine i organisationernes hverdag. Det kan være vanskeligt at vurdere, hvor grænsen mellem reelle barrierer, usikkerhed over for opgaven og manglende overskud og vilje til at forholde sig til KI-planer går.

Det syntes dog klart, at der er behov – og muligheder – for at justere implementeringsstrategien og konceptet for KI-planer for at understøtte den fremadrettede udbredelse. Disse muligheder er i fokus i nedenstående anbefalinger.

## **Evalueringens anbefalinger**

### **Projektledelsens fremtidige rolle**

Det anbefales overordnet, at der også fremadrettet er en projektledelse med et dedikeret ansvar for at understøtte arbejdet med KI-planer. Endvidere anbefales, at projektledelsen medvirker til at:

- Fremme en mere ligelig fordeling af kommunale og regionale deltagere på Fælles Skolebænk og temadage for nøglepersoner for at styrke forudsætningerne for at opnå kendskab til hinandens organisationer og få ansigt på hinanden.
- Fælles Skolebænk for fagpersoner kan ændres, således at den minder mere om temadage for nøglepersoner, da disse vurderes bedre end Fælles Skolebænk.

### **Koordinering af deltagelsen i tværsektorielle uddannelses tiltag**

Det anbefales også, at kommuner og den regionale psykiatri fremadrettet medvirker til en bedre koordinering af, hvem der deltager på de tværsektorielle undervisningsaktiviteter for at få en mere ligelig fordeling af deltagere på tværs af sektorer.

Det skriftlige materiale om KI-planerne vurderes godt af de fagpersoner, der kender og anvender det. Interviewene afdækkede dog, at mange fagpersoner fortsat mangler kendskab til KI-planerne – fx til, hvem der kan lave KI-planer, og hvem målgruppen er. Derfor bør der oprettholdes en informationsindsats af ledere, koordinatore og nøglepersoner, som repeterer de grundlæggende forhold ved KI-arbejdet.

### **Tiltag, der kan styrke den decentrale implementering af KI-planer**

Der er stor forskel på, hvordan der arbejdes med den decentrale implementering, og hvilken rolle ledere, koordinatore og nøglepersoner indtager i denne. Region Hovedstaden og Københavns Kommune bør derfor overveje, om der er muligheder for at overføre PC Amagers implementeringsplan og det ledelsesfokus, der her har været, til andre enheder, der indgår i KI-planer. Det indebærer bl.a., at:

- Flere ledere bør involveres i højere grad, end det er tilfældet i dag.
- Det bør overvejes, om der er mulighed for at give de primært ansvarlige fagpersoner dedikeret tid og/eller en tydeligere ramme for deres opgaver i relation til KI-planer.
- Det bør overvejes at øge antallet af koordinatore, således at der er koordinatore fysisk forankret i de relevante enheder, eller alternativt at allokere beskyttet tid til, at koordinatorene i højere grad kan være opsøgende over for de enheder, de repræsenterer i KI-sammenhæng, uden at være fysisk tilstede.
- Koordinatorernes 'konsulentfunktion' med fordel kan udvikles, således at det bliver muligt for fagpersonerne at søge sparring om relevante borgere forud for visitation til en given sektor.
- Fordele og ulemper ved at opstille et måltal for antallet af KI-planer frem for at planerne skal være begrundet i et oplevet behov, overvejes nøje.
- Mødelederrollen justeres, så det er tydeligt, at rollen som referent og mødeleder kan være fordelt på to personer.



### **Mulighed for synergi mellem KI-planen og eksisterende løsninger**

Det anbefales at undersøge, om der er muligheder for at inkorporere elementer fra KI-planer i strukturen for netværksmøder, som er en kendt form for samarbejds møder i nogle af institutionerne. Det kan fx være i relation til strukturen for mødet, i relation til at afdække borgerens behov og motivation forud for netværksmødet, at understøtte, at der laves et struktureret referat etc. Det er KORAs vurdering, at disse elementer dels kan styrke udbyttet af netværksmøderne og dels medvirke til, at der kommer en større forståelse for værdien af de nye elementer, der søges introduceret via KI-planerne.

Det fremgår også, at der eksisterer flere forskellige og delvist konkurrerende planer, der har til formål at koordinere tværgående borgerforløb. Det er tydeligst i relation til 'Huset for Psykisk Sundhed', hvor der arbejdes med at udvikle en generisk og elektronisk handleplan, der skal kunne anvendes i det tværsektorielle samarbejde. Det anbefales derfor at fortsætte – og eventuelt styrke – den dialog omkring udviklingsarbejdet, der allerede er etableret mellem KI-planen og Psykiatriens Hus.

### **Udnytte alternative organiseringsformer**

Fællesteamet er et eksempel på en organisering, hvor medarbejdere fra de to sektorer samarbejder og sidder fysisk samlet. Evalueringen indikerer, at Fællesteamet på en mere ad hoc-baseret måde er i stand til at realisere en række af de mål, der er for KI-planerne. I det omfang erfaringerne fra Fællesteamet i øvrigt er positive, anbefales det derfor at anvende teamets erfaringer i det fremadrettede arbejde med KI-planer. Det kan fx ske ved at understøtte en lignende organisering for udvalgte borgergrupper.

### **Muligheder for at justere KI-samarbejdet med borgeren**

For at styrke borgernes udbytte af KI-planerne kan det være relevant at prioritere:

- At borgeren får hjælp med at inddrage pårørende eller andet netværk i arbejdet med KI-planer.
- Hensynet til, at der er en hensigtsmæssig balance mellem borgerens ønsker til deltagerkredsen og hensynet til at mødet er operationelt, samt at de deltagende fagpersoner oplever, de har en relevant rolle.
- At tovholderen sørger for at indhente relevante input fra mødedeltagere, der melder afbud til indsatsplansmødet.
- Inddragelse af borgeren i udarbejdelse af dagsorden til indsatsplansmødet og være opmærksom på, at borgeren ikke får en oplevelse af, at der bliver talt 'hen over hovedet' på borgeren under mødet. Herudover at det er vigtigt at overveje, i hvilket omfang en konkret inddragelse og indflydelse er gavnlig og ønskværdig for borgeren.
- At være nysgerrig med hensyn til, hvad borgeren selv mener at have brug for hjælp og støtte til.
- At give borgeren større indflydelse på, hvilke indsatser der prioriteres i KI-planen, eller alternativt at anvende en anden arbejdsform, hvis borgeren ikke er i stand til at forholde sig realistisk til, hvilke indsatser der er relevante.

# 1 Projektkoordinerende indsatsplaner

Dette kapitel beskriver baggrund og formål for de koordinerende indsatsplaner (herefter KI-planer). Endvidere beskrives organiseringen af afprøvningen i Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri, og erfaringerne fra den indledende pilotafprøvning. Kapitlet er udarbejdet med afsæt i skriftligt materiale fra den projektorganisation, der er etableret for at understøtte implementeringen.

## 1.1 Baggrund og formål

Psykiatriudvalget pegede i 2013 på, at der er et stort behov for at styrke samarbejdet om indsatsen for personer med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholafhængighed (1). Dette skyldes bl.a., at behandlingsindsatsen i forhold gruppen for de flestes vedkommende er delt mellem kommunal misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling i regionen. På den baggrund udarbejdede Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen retningslinjer for KI-planer (2). KI-planer er et værktøj, som skal medvirke til, at der finder god koordinering sted af de kommunale og regionale tiltag, der er omkring borgere med samtidig psykisk lidelse og misbrug, samt understøtte, at borgerne får relevant sammenhængende behandling.

I forlængelse af retningslinjerne for KI-planer har der i satspuljerne for 2014-2017 været afsat midler til at styrke samarbejdet om borgere med dobbeltdiagnose. Arbejdet med at implementere KI-planer er også indarbejdet som en del af sundhedsaftalen mellem kommuner og regioner på psykiatriområdet i Region Hovedstaden (3). Samtidig er det besluttet at afprøve arbejdet med KI-planer i et samarbejdsprojekt mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. For at understøtte implementeringen er der oprettet en tværsektoriel styregruppe og en projektgruppe, der bl.a. har haft til opgave at udarbejde en fælles implementeringsplan (vedlagt som bilag 1).

## 1.2 KI-planernes organisatoriske kontekst og projektorganisation<sup>1</sup>

De nedenstående afsnit beskriver den organisatoriske kontekst, hvor KI-planerne skal virke, samt de strategiske valg i relation til projektorganisationen, som denne har givet anledning til.

KI-planen skal medvirke til at styrke samarbejdet mellem to forholdsvis forskellige sektorer med grundlæggende forskellige kriterier for, hvordan borgerne får adgang til ydelser i henholdsvis den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatri<sup>2</sup>. Hvor man i misbrugsbehandlingen bare kan møde op, skal man i psykiatrien visiteres til et tilbud. Forankringen i henholdsvis et specialiseret sundhedssystem og et mere bredt socialsystem har også betydning i forhold til behovet for en præcis diagnose for at få adgang til psykiatrien, kontra et mere uspecifikt krav om at have 'problemer med rusmidler' i rusmiddelbehandlingen. De forskellige lovgivninger møder også de to organisationer med forskellige krav i forhold til fx udredning, behandling, dokumentation m.m.

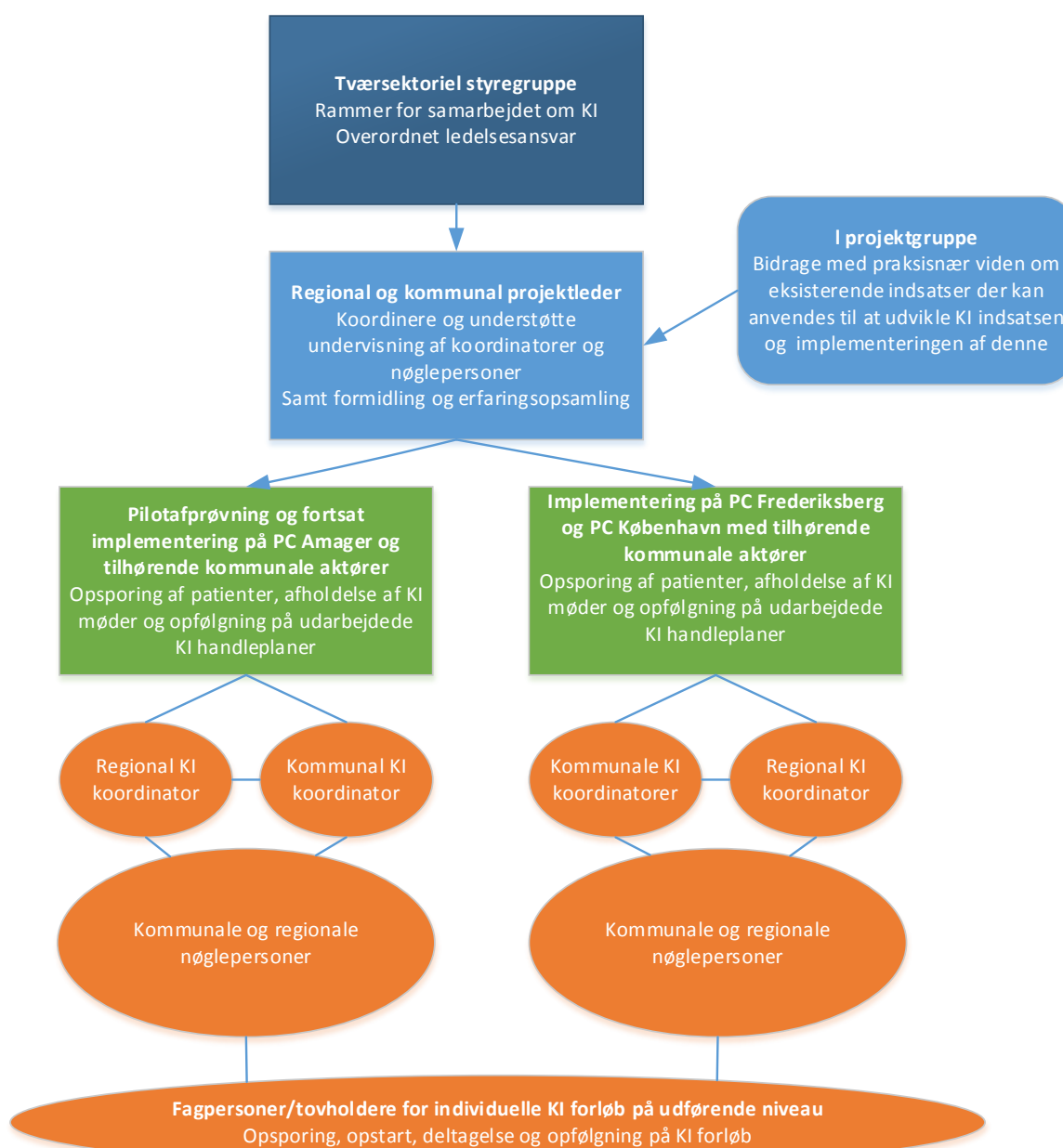
---

<sup>1</sup> Afsnittet er udarbejdet med afsæt i KI-planernes implementeringsmodel som også er vedlagt som bilag 1.

<sup>2</sup> Strukturen for den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatri er nærmere beskrevet i bilag 4.

KI-planerne er således udviklet i en organisatorisk kontekst, som dels involverer mange forskellige organisationer og enheder og dels er præget af grundlæggende forskelle på tilgangen til behandling, som erfaringsmæssigt udfordrer ønsket om et styrket tværsektorielt samarbejde (se fx 7 og 11 på litteraturlisten). Dette er også afspejlet i KI-planernes projektorganisation, som er tilrettelagt ud fra et ønske om at samle relevante repræsentanter fra de mange forskellige aktører, der indgår i KI-samarbejdet. Samtidig er der lagt vægt på at tydeliggøre ansvaret for de konkrete udviklings- og implementeringsopgaver på tværs af sektorer og på tværs af organisatoriske niveauer. Resultatet er, som illustreret i Figur 1.1 nedenfor, en relativt kompleks og vidtforgrenet projektorganisation, hvis delelementer uddybes nedenfor:

**Figur 1.1** KI-planernes projekt- og implementeringsorganisation



### **KI-planernes tværsektorielle styre- og projektgruppe**

For at fremme implementeringen af KI-planerne, er det prioriteret at have en bredt sammensat styregruppe, hvor den øverste ledelse fra nogle af de driftsansvarlige enheder i henholdsvis den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling er repræsenteret<sup>3</sup>. Samtidig er Region Hovedstadens Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser (herefter: Kompetencecenteret) repræsenteret med en rådgivende funktion i forhold til udviklingen af indsatsen, såvel som monitoreringen og evalueringen af denne. Styregruppen har holdt møder cirka hver tredje måned.

Styregruppens arbejde var i opstartsfasen understøttet af en bredt sammensat projektgruppe, hvori der også indgår en regional og en kommunale projektleder. Projektgruppen har bl.a. leveret input til indsatsens model for implementering og omkring monitorering og evaluering af indsatsen til projektlederne, der omarbejdede inputtene til selve modellen. I den efterfølgende afprøvnings- og implementeringsperiode har de to projektledere fra henholdsvis Kompetencecenteret og Københavns Kommune endvidere løst de udviklingsopgaver og formidlingsaktiviteter, der indgår i den valgte model for implementering, samt forestået den løbende erfaringsopsamling.

### **KI-planernes koordinatore**

For at understøtte KI-planernes implementering er der udnævnt fem KI-koordinatore. Koordinatorernes rolle/opgave er ifølge modellen for implementering bl.a. at støtte tovholderne i deres arbejde med at få udarbejdet KI-planer.

Modellen foreslår, at koordinatorfunktionen i psykiatrien løftes af hvert centers ledende/koordinerende socialrådgivere. Dette har været muligt på to af centrene. På det sidste center findes denne funktion ikke længere, og her varetages opgaven af en sygeplejerske, der har særligt ansvar for dobbelt diagnoseområdet. De to kommunale koordinatore er socialrådgivere og fagkoordinatore ansat i Københavns Kommunes misbrugsbehandling. Det er således prioriteret at udvælge et mindre antal koordinatore, der i forvejen har et særligt koordinerende ansvar, således at der etableres 'få centrale indgange til projektet og en tydelig placering af ejerskab til arbejdet'. I forlængelse heraf, er der også lagt vægt på at give koordinatorene en fælles indføring i arbejdet med KI-planer og kvartalsvis erfaringsudveksling faciliteret af Kompetencecenteret. Formålet er at skabe fælles viden om indsatsen og gensidige relationer, der kan fungere som afsæt for samarbejdet om implementering, såvel som om konkrete borgerforløb. Koordinatorerne er specifikt udset til at løfte nedenstående opgaver i implementeringen af KI-planer:

- Koordinatorerne har til opgave at implementere de KI-planer og den organisering, der foreslås omkring dem, samt i forhold til at fungere som faglig sparringspartner i forhold til værktøjet.
- Koordinatorerne kan rådgive i sager, hvor det er uklart, om der er behov for en KI-plan. Koordinator vil kunne afvise en sag, hvor koordinator ikke vurderer, at der er behov for en KI-plan. I særligt vanskelige tilfælde kan koordinatoren overtage den del af tovholderens rolle, der handler om at indkalde til og facilitere indsatsplansmødet.
- Fungere som bindeled til koordinatorfunktionen i anden organisation – fx hvis der er behov for at afklare, i hvilken organisation et indsatsplansforløb skal forankres. Koordinatoren kan ved behov inddrage faglig sparring i forhold til misbrugsområdet eller psykiatri. I helt særlige tilfælde kan koordinatorene fra de to organisationer i fællesskab beslutte, at en sag drøftes af psykiatrisk overlæge og speciallæge i misbrugssystemet.

---

<sup>3</sup> Sammensætningen af styre- og projektgruppe fremgår af bilag 1.

- Koordinatorfunktionen har endvidere en rolle i forhold til at monitorere, at forløbene overholder tidsfristerne, og at der er så stor kontinuitet i forløbet som muligt. Det betyder eksempelvis, at, når indsatsplanen udarbejdes, skal tovholderens og de øvrige professionelle ferie, orlov, fratrædelse eller andet tages i betragtning. Der skal ligeledes afsættes tid til overdragelse af tovholderrollen, hvis der kommer et skift i tovholder.
- Opsamle erfaringer med brug af værktøjet og samarbejdet samt formidle relevante erfaringer til indsatsens projekt- og styregruppe.

### **KI-planernes nøglepersoner**

For yderligere at understøtte implementeringen og de relationer, der skal understøtte samarbejdet om KI-planer, er det besluttet at etablere et korps af nøglepersoner, som introduceres til KI-planer via en temadag. Temadagen indeholder de samme elementer som fælles skolebænk forløbet, men derudover får nøglepersonerne mulighed for at prøve kræfter med KI-planen gennem øvelser.

Nøglepersonerne udvælges blandt de fagpersoner i den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatri, der i forvejen har ansvar for at koordinere borgerforløb, samt ansatte, der har særlige funktioner eller en særlig interesse i relation til dobbeltdiagnose. Formålet er dels, at nøglepersonerne bliver særligt opmærksomme på at identificere og inkludere relevante borgere i KI-planer og dels, at de fungerer som ambassadører for KI-planer og det ønskede samarbejde over for kolleger.

Nøglepersonerne skal bidrage til, at de koordinerende indsatsplaner bliver taget i brug og forankret i den daglige praksis ved at:

- Gå forrest i forhold til at igangsætte forløb med en koordinerende indsatsplan
- Dele deres viden om indsatsplanerne med kollegaer (viden om målgruppen, dialogen med borgeren, indkalde til og afholde af indsatsplansmøde og udarbejde selve planen, brug af koordinator mv.)
- Huske kollegaer på at igangsætte en indsatsplan, når der er sager med mennesker med en dobbeltdiagnose, hvor det tværsektorielle samarbejde ikke kører.

### **Tovholdere og fagpersoner, der arbejder med dobbeltdiagnose borgere**

Rollen tovholder indføres også. Tovholderen er den fagperson, der har det overordnede ansvar for det konkrete KI-forløb, herunder at KI-mødet gennemføres, og at KI-planen udarbejdes. Tovholderen vil således som hovedregel være den fagperson, der tager initiativ til at starte en KI-plan. Som tovholder har man ansvar for – sammen med borgeren – at afklare, hvem de relevante deltagere i KI-mødet er, hvad målene med mødet er, samt at koordinere planlægningen af mødet. Til selve mødet er det endvidere tovholderen, der fungerer som mødeleder og sikrer, at der bliver taget referat. Referentrollen kan enten løftes af tovholder eller uddelegeres til en af de andre deltagere.

Tovholderne har således mulighed for at trække på KI-koordinatorer og nøglepersoner, samt de vejledninger og drejebøger for KI-mødet, der er udarbejdet af Kompetencecenteret. Redskaberne er introduceret via de gennemførte undervisningsforløb og gjort tilgængelig på KI-planernes hjemmeside<sup>4</sup>. Materialet er desuden lagt ud på Socialforvaltningens intranet.

---

<sup>4</sup> Materialer om den koordinerende indsatsplan: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobeltdiagnoser/koordinerende-indsatsplaner/Sider/Materialer-om-den-koordinerende-indsatsplan.aspx?rhKeywords=koordinerende+indsatsplaner> (Opdateret d. 28.7 2016).

For at understøtte kendskabet til KI-planerne blandt den bredere gruppe af fagpersoner er det besluttet at gennemføre tværsektoriel undervisning (fælles skolebænk), der introducerer fagpersonerne for hinandens tilbud og KI-planer.

Det fremgår således, at der er lagt et stort arbejde i at etablere en sammenhængende implementeringsorganisation, der understøtter arbejdet med KI-planer. Samtidig er der, som det gennemgås i afsnit 1.3 nedenfor, gennemført en pilotafprøvning på Amager for at kvalificere arbejdet med KI-planer og organisationen omkring denne, forud for den egentlige implementeringsfase.

### 1.3 Pilotafprøvningen på Amager<sup>5</sup>

KI-planerne og implementeringsmodellen blev udviklet fra foråret 2015-september 2015, hvorefter elementerne blev introduceret og afprøvet fra september 2015-november 2015. Afprøvningsstederne var:

- Det fælles tværsektorielle team for borgere med psykisk lidelse og samtidig misbrug på det socialpsykiatriske botilbud Sundbyhus (herefter Fællesteamet)
- Det psykiatriske gadeplansteam
- De ordinære behandlingstilbud hos Behandlingsenheden Amager og Psykiatrisk Center Amager (Herefter PC Amager).

Afprøvningen fulgte, på en mindre skala, principperne fra indsatsens implementeringsmodel. Det viste sig dog mere tidskrævende at få afprøvningen i gang end først antaget, og derfor blev afprøvningen forlænget fra november 2015-februar 2016, samtidig med at projektlederne gennemførte en række ekstra informationsbesøg hos de involverede enheder.

Arbejdet med KI-planen fortsatte med samme organisering efter pilotafprøvningen. PC Frederiksberg og PC København og deres kommunale samarbejdspartnere påbegyndte derefter implementeringen af KI-planen maj/juni 2016.

#### 1.3.1 Datagrundlag og igangsatte forløb

Erfaringerne fra afprøvningen blev løbende indsamlet af kompetencecentret, bl.a. baseret på interview med koordinatore, tovholdere, øvrige fagpersoner, der havde været involveret i udarbejdelsen af KI-planer, samt observation af et enkelt KI-møde.

##### **Antal igangsatte forløb**

Ved afprøvningsperiodens afslutning var der udarbejdet én KI-plan på Psykiatrisk Center Amager, én plan hos Fællesteamet på Sundbyhus, én plan i misbrugsbehandlingen på Amager og igangsat tre KI-forløb i Fællesteamet på Sundbyhus. Herudover var fem KI-forløb søgt sat i gang, men de strandede på grund af manglende samtykke fra borgeren.

#### 1.3.2 Udfordringer for arbejdet med KI-planer

Som det fremgår, viste det sig væsentligt sværere at igangsætte KI-planer end antaget. Erfaringsopsamlingen, som Kompetencecenteret udarbejdede i marts 2016, identificerede i forlængelse heraf en række tværgående udfordringer, som mindsker antallet af KI-planer, til trods

---

<sup>5</sup> Afsnittet er udarbejdet med afsæt i den interne erfaringsopsamling på pilotfasen som Kompetencecenter for Dobbelt diagnose udarbejdede i marts 2016.

for, at KI-koordinatorene og øvrige fagpersoner generelt ser et positivt potentiale i planerne og målsætningerne for disse. Udfordringerne knyttede sig til:

### **Usikkerhed i forhold til målgruppen**

Personaler i begge systemer fremhæver, at, der hvor der opleves behov for en KI-plan, foregår der allerede i en del sager koordination, og så opleves det som tungt for personalet at tage endnu et redskab i brug. Personalet er i tvivl, om de skal udarbejde en indsatsplan, når koordinationen allerede fungerer.

Koordinationen foregår imidlertid kun der, hvor borgeren har en tilknytning til både psykiatrien og misbrugsbehandlingen. Personalet påpeger, at en stor del af de borgere, som de vurderer, ville have gavn af en KI-plan, kun har en tilknytning til et af systemerne. Og personalet er usikre på, hvordan det gøres i praksis, når borgerne ikke har kontakt til enten psykiatrien eller misbrugsbehandlingen.

### **Ukendskab til systemerne – andres og egne**

Ukendskab til hinandens systemer fremstår som en udfordring i arbejdet med dobbeltdiagnosegruppen. I misbrugsbehandlingen træder fx et ukendskab til psykiatriens fokus på aktionsdiagnoser, der resulterer i hurtige udskrivninger efter en akut kontakt, tydeligt frem. Når en borger er tilknyttet distriktskykiatrien, men udebliver fra aftaler, er medarbejderne i misbrugsbehandlingen i tvivl om, hvorvidt borgeren fortsat er tilknyttet psykiatrien, eller om borgeren er blevet afsluttet i psykiatrien. I behandlingspsykiatrien efterspørges ofte (et overblik over) relevante misbrugsbehandlingstilbud, som man kan samarbejde med.

Ukendskab til eget system viste sig imidlertid også som et tema i erfaringsopsamlingen, fx ved at personalet i psykiatrien er i tvivl om hvilken indsats, en borger med en dobbeltdiagnose bør henvises til (hvis de ikke passer ind i et pakkeforløb). I misbrugsbehandlingen er et gennemgående tema, at medarbejderne mener, at en stor del borgere har psykiske problemstillinger og dermed et behov for behandling i psykiatrien, men at personalet ikke kender arbejdsgangen i forhold til at arbejde hen imod en tilknytning til psykiatrien. Eksempelvis er mange i tvivl om, hvorvidt en læge i et kommunalt misbrugscenter kan skrive en henvisning.

### **Travle hverdage**

Kontaktpersonerne for KI-planer i begge sektorer peger på, at de har meget travle hverdage, hvor det kan være svært at prioritere endnu et projekt. De medarbejdere, der har prøvet at være tovholder på et forløb med en koordinerende indsatsplan, fremhæver, at det har været en særdeles tidskrævende opgave. Til informationsmøderne om KI-planer peger nogle af tilhørerne som regel også på, at det vil blive vanskeligt for dem at finde tid til at være tovholder på et forløb med en indsatsplan, og nogle gange er der enkelte, der påpeger, at det for dem vil være decideret urealistisk, når der ikke følger ekstra ressourcer med opgaven.

### **Ansvarsfordeling**

Medarbejderne i den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale misbrugsbehandling fortæller ofte om en tendens til at 'skubbe' ansvaret for de meget ressourcekrævende borgere – som lever med både sindslidelse og et misbrug af alkohol og/eller stoffer – over til det andet system. I relation hertil udtrykker KI-koordinatorene en bekymring for, at der ofte vil være en kontaktperson i enten psykiatrien eller misbrugsbehandling – eller en helt tredje part – der identificerer et behov for en KI-plan, men ikke mener, at det er vedkommende selv, der bør løfte opgaven som tovholder.

I sådan en situation kan den professionelle som bekendt rette henvendelse til koordinator, der herefter skal afgøre, hvem der skal løfte opgaven. Koordinatorerne er bekymret for, at et stort antal sager på længere sigt vil ende hos dem. På tidspunktet for erfaringsopsamlingen havde der dog ikke været nok aktiviteter på koordinatorernes niveau til at vurdere, om dette var tilfældet. Derfor fremgår det, at bekymringen indgår som et opmærksomhedspunkt i den fortsatte monitorering af koordinatorfunktionen.

### **Mødeledelse**

De personaler, der har prøvet kræfter med at afholde et indsatsplansmøde, beskriver opgaven som tovholder som en krævende og udfordrende rolle. For det første er der mange logistiske og praktiske opgaver, der skal løftes før og efter mødet i relation til planlægning, referat og opfølgning. For det andet opleves rollen som mødeleder og referent med afsæt i vejledningen for KI-planer særdeles krævende, fordi den er uvant, og fordi der er mange bolde i luften samtidig. Dette understreges også af, at KI-planens projektleder, på fagpersonens foranledning, endte med at løfte rollen som mødeleder og referent, på det KI-møde, der blev observeret i relation til erfaringsopsamlingen.

### **Samtykke fra borger**

De involverede medarbejdere stiller ofte spørgsmålstejn ved, hvorfor det ikke er muligt at igangsætte forløb med en indsatsplan uden borgers samtykke. På den ene side anses borgerens frivillige medvirken som afgørende for, at indsatsplanen ikke blot bliver personalets, men også borgerens plan og derved kommer til at gøre en positiv forskel for borgeren. På den anden side påpeges det dog også, at de borgere, der har allermest brug for hjælp, også er dem der takker nej til de indsatsatser, personalet tilbyder. I relation til KI-planer er personalet følgelig bekymret for, at de borgere, der har mest brug for hjælp til at få koordineret og skabt sammenhæng i de forskellige regionale og kommunale indsatser, de har omkring sig, ikke nås med en KI-plan.

Der har været fem sager på Behandlingsenheden Amager, hvor borgerne ikke har ønsket at give samtykke til at få udarbejdet en KI-plan. Årsagen hertil har været, at borgerne ikke har ønsket, at deres kontaktperson i misbrugsbehandlingen skulle 'blande sig' i den indsats, borgerne får i psykiatrien. I samtlige sager har borgernes kontaktpersoner fremhævet, at disse borgere er nogle af dem, der ville have allermest gavn af en KI-plan.

### **1.3.3 Potentialer i de koordinerende indsatsplaner**

Til trods for de udfordringer, der har været i forhold til at få igangsat nogle forløb med en KI-plan, konkluderer Kompetencecenterets erfaringsopsamling, at størstedelen af de deltagende fagpersoner ser potentialer i KI-planerne. Fagpersonerne ser et behov for koordination hos borgere med dobbeltdiagnose og forventer, at indsatsplanerne kan spille en rolle i forhold til at skabe samarbejdsstrukturer – strukturer for kommunikation og koordination – omkring fælles borgere. Det at 'kigge hinanden i øjnene og lære hinanden at kende' på et indsatsplansmøde forbindes med et tiltrængt indblik i og en forståelse for hinandens måder at arbejde på, som kan gøre samarbejdet omkring fælles borgere lettere og mere forpligtende. Deltagerne fremhæver også, at mødet med de andre professionelle, en borger har omkring sig, er hjælpsomt i forhold til at finde ud af, hvad det er vigtigst at hjælpe borgeren med lige nu. Flere nævner, at et større kendskab til det andet system vil sætte dem bedre i stand til at hjælpe borgeren med det, borgeren selv gerne vil, da de i dialogen med borgeren nogen gange oplever sig begrænset af, at de primært har kendskab til den indsats, de selv tilbyder.



#### 1.3.4 Læring og justeringer som følge af pilotafprøvningen

Erfaringsopsamlingen gav ikke anledning til justeringer i den udviklede model for KI-planerne. Men opsamlingen gav anledning til en række justeringer for at forbedre den måde, modellen fungerer i praksis, ligesom det blev vægtet at forenkle informationsmaterialet om KI-planer samt at revidere vejledninger og journaliseringsredskaber, for at øge synligheden og anvendeligheden af KI-planer i medarbejdernes travle hverdage.

Udover ovennævnte gav opsamlingen anledning til at understøtte tovholdernes rolle som mødeledere ved at sætte mødeledelse på dagsordenen til temadagene for nøglepersoner. Det vil sige give nøglepersonerne nogle helt konkrete værktøjer, de kan benytte til at professionalisere indsatsplansmøderne, for derved at styrke muligheden for effektive møder med tydelige beslutninger og aftaler.

## 2 KORAs undersøgelsesdesign

Dette kapitel præsenterer formålet med KORAs evaluering, opgaveforståelsen og det anvendte evalueringsdesign.

### 2.1 Formål og opgaveforståelse

For at understøtte implementeringen og den fremadrettede udbredelse af KI-planer til hele regionen evalueres indsatsen, ca. halvandet år efter, at afprøvningen af KI-planerne begyndte. Formålet er, at evalueringen på organisatorisk niveau skal bibringe en status på de udviklings- og implementeringsopgaver, der følger med KI-planerne, og indsigt i, hvilke forhold der fremmer/modvirker implementering. På det operationelle niveau skal evalueringen undersøge, hvordan der er arbejdet med KI-planer på borgerniveau, hvilke konsekvenser de involverede fagpersoner oplever, at KI-planerne har for samarbejde og borgerforløb, samt hvad der fremadrettet vurderes at kunne konsolidere indsatsen yderligere.

Som det fremgår af de foregående afsnit om konteksten og de erfaringer med KI-planer, som Kompetencecenteret har indsamlet, udgør behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose et vigtigt, men også særdeles vanskeligt fokusområde for sundhedsvæsenet. Det skyldes, at der knytter sig særlige og komplekse problemstillinger til behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose i form af, at:

- Mange forskellige fagligheder, lovgivninger og organisationer skal spille sammen i opgaveløsningen
- Området har været (og er fortsat) præget af uklarhed omkring behandlingsansvar og tilgang til behandling
- Mennesker med dobbeltdiagnose har ofte vanskeligt ved at følge et behandlingsforløb, hvorfor mange forløb er præget af manglende fremmøde, afbrudte behandlinger og tilbagefald.

Det er derfor i en kompleks kontekst, at KI-planer og de tilhørende koordinatorfunktioner skal skabe bedre koordination og behandlingsforløb. For at mindske kompleksiteten introducerer KI-planerne en række nye tværgående roller og opgaver for de fagpersoner og koordinatører, der skal medvirke til at udvikle organisationen omkring KI-planerne, samt at sikre, at de realiseres på borgerniveau. Samtidig er målet, at arbejdet med indsatsplaner er med til at udvikle og skabe bedre samarbejdsrelationer på tværs af de faggrupper og organisationer, der samarbejder om mennesker med dobbeltdiagnose. Implementeringen af KI-planerne er således en langvarig opgave, som kræver udvikling og ændringer mange steder i de involverede organisationer. Gensidig tillid, fælles viden og mål, samt muligheder for at kommunikere målrettet og rettidigt spiller derfor også en betydningsfuld rolle, når fagpersoner skal samarbejde om KI-planerne (1,2). Derfor har vi i evalueringen særligt fokus på de involverede parter vurdering af KI-planens betydning for disse aspekter.

For at skabe et operationelt fremadrettet videns grundlag for det videre arbejde med KI-planer har vi haft særligt fokus på:

- Faktorer, som fremmer og hæmmer arbejdet med KI (fx lokal projektorganisering og ledelsesopbakning, fagpersonernes kendskab til og forståelse af de nye redskaber og arbejds-gange, graden af ejerskab og parathed til at indgå i mere forpligtende tværgående samarbejdsrelationer etc.).
- At forstå og forklare de forhold i KI-planens kontekst, som påvirker udmøntning og udbytte, samt at opstille konkrete forslag til, hvordan indsatsen/implementeringen kan justeres for at øge anvendelighed og udbytte.
- Oplevede resultater, dels i forhold til de sundhedsfagliges samarbejde og kommunikation, og dels i forhold til inddragelse og kommunikation med inkluderede borgere.

## 2.2 Evalueringens datagrundlag og undersøgelsesspørgsmål

Evalueringen er baseret på kvalitative interview, skriftligt materiale fra KI-projektet og opgørelser over antallet af afholdte KI-møder.

### 2.2.1 Observationer af KI-møder

Det var planlagt at observere tre-fire KI-møder under opstarten på dataindsamlingen. Dels for at få en praksisnær forståelse for møderne forud for interview og dels som en selvstændig del af dataindsamlingen. Det har dog kun været muligt at observere et møde på PC Glostrup i den periode (september-november), der var sat af til dataindsamlingen. Mødet gav mulighed for at observere KI-planer i praksis, og observationerne underbyggede mange af de pointer, der er drøftet i de gennemførte interview, men da PC Glostrup ikke indgår i evalueringen, har det ikke været muligt at medtage observationen i evalueringen.

### 2.2.2 Interview og databehandling

Der var i evalueringsdesignet givet plads til at kunne gennemføre op til otte gruppeinterview med op til 40 fagpersoner og 15 ledere i efteråret 2016. I praksis blev der gennemført syv gruppeinterview, hvor der deltog i alt 19 fagpersoner og 9 ledere, jf. Tabel 2.1, der viser fordelingen af interviewdeltagere på tværs af KI-planens organisation og deltagende aktører:

**Tabel 2.1** Oversigt over deltagere i interview

	Region Hovedstadens psykiatri	Københavns Kommunes misbrugsbehandling
<b>Ledelsesrepræsentanter fra enheder, hvor KI er i gang med at blive implementeret</b>	4	5
<b>Koordinatorer</b>	De 3 regionale og de 2 kommunale koordinatorer	
<b>Fagpersoner, som er nøglepersoner</b>	4	4
<b>Fagpersoner, som ikke er nøglepersoner</b>	3	3

Interviewene er organiseret af KI-planernes projektledere. På det operationelle niveau har alle regionale og kommunale koordinatorer, nøglepersoner, tovholdere og relevante fagpersoner, der har været involveret konkret borgerforløb i relation til KI-planen, været inviteret til interview. På det strategiske niveau har de ledere fra henholdsvis misbrugsbehandling i Københavns Kommune og Psykiatrien i Region Hovedstaden fra de enheder, hvor KI-planer er i gang med at blive implementeret været inviteret.

Interviewene er gennemført med afsæt i en semistruktureret interviewguide<sup>6</sup>, der forud for det enkelte interview er tilpasset de konkrete informanter. Interviewguiden er udarbejdet med afsæt i KI-planernes implementeringsmodel og erfaringsopsamling (jf. kapitel 1 ovenfor). Alle interview er optaget elektronisk, og der er skrevet et udførligt referat. Efterfølgende er referaterne gennemlæst og kondenseret med udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmålene, hvorefter de er anvendt som afsæt for citat og analyse.

De overordnede temaer har knyttet sig til at belyse:

- Hvordan implementeringen af KI-planerne er grebet an
- Hvilket kendskab og erfaringer de deltagende fagpersoner har til indsatsen
- Erfaringer med koordinatorernes rolle og opgaver, samt forslag til forbedringer
- Hvilke udfordringer der har været for implementeringen, og hvilke løsninger der er fundet
- Hvilken betydning og potentiale KI vurderes at have i forhold til behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose, samt hvilke erfaringer der bør tages med i det videre arbejde med at udbrede KI til hele Region Hovedstaden.

### 2.2.3 Overvejelser omkring evalueringens datagrundlag

Som det fremgår af de foregående afsnit, har det ikke været muligt at gennemføre de planlagte observationer inden for evalueringens tidsramme, og der er kun interviewet godt halvdelen af de planlagte fagpersoner. Det skyldes, at det har været svært at finde fagpersoner med konkrete erfaringer fra KI-planer, som havde mulighed for at deltage i interview, fordi antallet af udarbejdede indsatsplaner har været forholdsvis begrænset.

Det gælder endvidere, at de interviewede fagpersoner fra og omkring PC Frederiksberg og PC København har ganske få konkrete erfaringer med KI-planer. Flere interviewdeltagere havde således ikke deltaget i de planlagte fælles skolebænkforløb eller et KI-møde på interviewtidspunktet.

Disse forhold betyder, at det primært er erfaringerne fra PC Amager og de omkringliggende kommunale enheder, der indgår i evalueringen. Samtidig understreger de begrænsede erfaringer, at implementeringen af KI-planer endnu er på et meget tidligt stadium i de områder, der ikke har deltaget i pilotafprøvningen.

### 2.2.4 Evalueringens afgrænsninger

Kompetencecenteret har undersøgt borgere og pårørendes perspektiver på KI-planer. For at formidle et samlet billede af erfaringerne er resultaterne af borgerundersøgelsen vedlagt som et selvstændigt bilag, hvis indhold er leveret Kompetencecenteret. Resultaterne inddrages endvidere i den tværgående opsamling, konklusion og anbefalinger.

## 2.3 Rapportens opbygning

Rapporten præsenterer evalueringens resultater i nedenstående hovedkapitler:

**Kapitel 2** præsenterer projektdeltagernes erfaringer og perspektiver på KI-planernes implementering og udmøntning i praksis. Kapitlet har bl.a. fokus på KI-planernes formidlingsaktivi-

---

<sup>6</sup> Eksempel på de anvendte interviewguides er vedlagt som bilag 3.

teter og redskaber samt koordinatore, nøglepersoner og lederes implementeringsopgaver. Endelig indeholder kapitlet en status for, hvor mange KI-planer der oprettet på tværs af de enheder, der indgår i samarbejdsprojektet.

**Kapitel 3** præsenterer fagpersoner og decentrale lederes perspektiver på det praktiske/borgerrettede arbejde med KI-planen. Kapitlet giver med afsæt i udvalgte borgercases en detaljeret indføring i erfaringerne fra arbejdet med de enkelte KI-planer.

**Kapitel 4** Præsenterer evalueringens konklusioner, samt de diskussioner og anbefalinger, der fremstår på baggrund heraf.

## 3 Arbejdet med at omsætte implementeringsmodellen til praksis

Dette kapitel omhandler erfaringerne med at omsætte KI-planernes implementeringsmodel til praksis – i den tid, der er gået siden afslutningen af pilotafprøvningen på Amager. Fokus er på de formelle roller (projektledere, koordinatore, nøglepersoner og decentrale ledere), der har skullet understøtte implementeringen, samt de formidlingsaktiviteter, vejledninger o.l., der anvendes i forbindelse med implementeringen. Kapitlet er udarbejdet på baggrund af skriftligt materiale om KI-planer, input fra indsatsens projektgruppe, samt de gennemførte interview med koordinatore og involverede ledere.

### 3.1 Projektledernes rolle og opgaver

Den regionale og kommunale projektleder har, som planlagt, varetaget en lang række opgaver relateret til: udarbejdelse af informationsmateriale; undervisning i forbindelse med Fælles Skolebænk, temadage for nøglepersoner og informationsmøder for regionale og kommunale fagpersoner, samt udvikling og vedligeholdelse af KI-planernes hjemmeside.

#### 3.1.1 Informationsmateriale og pilotafprøvning på Amager

Til brug i afprøvningsperioden havde projektlederne udarbejdet følgende materialer:

- Skabelon og vejledninger
  - o Om indsatsplanen målrettet tovholderen
  - o Om KI-planen målrettet koordinator
- Informationspjecer
  - o Til borger
  - o Til fagperson/tovholder
  - o Om indsatsplansmødet
  - o Generel introduktion

Som angivet i afsnittet om afprøvningen af KI-planer på Amager, var de første informationspjecer for ambitiøse og massive, hvilket betød, at fagpersonerne ikke i det ønskede omfang læste og brugte dem. Pjecerne var udarbejdet på en sådan måde, at der var en pjece med en generel introduktion, der var målrettet alle aktørerne – borger, fagperson/tovholder og øvrige deltagere i indsatsplansmødet – samt en pjece, der beskrev hver enkelt aktørs rolle og opgaver i arbejdet med indsatsplanen. På baggrund af tilbagemeldingerne blev materialet forenklet og flettet sammen for at imødekomme fagpersonernes tilbagemeldinger.

Det fremgik også, at personalet fra begge sektorer fandt det svært at prioritere 'endnu et projekt', fordi de oplevede, at hverdagen var meget travl, og de så i den forbindelse et behov for at øge synligheden af arbejdet med KI-planer. Inspireret heraf blev der lavet en plakat til at hænge på de relevante enheder og afsnit samt en lille pilemagnet, der i psykiatrien og misbrugsbehandlingen kan sættes ud for navnene på de borgere, for hvem det kunne være relevant at få udarbejdet en koordinerende indsatsplan.

Endelig blev der udarbejdet nogle illustrationer, bestående af tre billeder, som viser den velkendte 'at-falde-mellem-to-stole-metafor', med henblik på at skabe sammenhæng, genkendelighed og en fælles grafisk identitet. Billederne er blevet brugt i undervisning, informationsmaterialer, synlighedsmarkører i form af plakater og magneter.

### 3.1.2 Implementering i Københavns Kommune frem til sommerferien 2016

Tabel 3.1 nedenfor, viser, at der i overensstemmelse med implementeringsmodellen er gennemført en omfattende informationsindsats, i forbindelse med KI-planernes udrulning til hele Københavns Kommune og de tilhørende psykiatriske centre. Indholdet af de enkelte aktiviteter uddybes under tabellen.

**Tabel 3.1** KI-planernes formidlingsaktiviteter i forbindelse med udrulning til hele Københavns Kommune forsommeren 2016

	Københavns Kommunes misbrugsbehandling	Region Hovedstadens psykiatri
<b>Fire Fælles skolebænk-arrangementer</b>	107 deltagere	51 deltagere
<b>To temadage for KI-nøglepersoner</b>	De syv nøglepersoner, som er udpeget i Københavns Kommune	34 regionale nøglepersoner
<b>Oplæg for sengeafsnit på de Psykiatriske Centre</b>		PC Amager – 3 deltagere PC København – 5 deltagere PC Frederiksberg – 7 deltagere
<b>Informationsmøder og temadage for koordinatorene</b>	Temadage om KI-planer og koordinatorrollen suppleret med opfølgende møder, sparring og erfaringsopsamling	
<b>Oplæg til andre aktører, som er i berøring med DD-borgere – efteråret 2016</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialpsykiatrien i KK: Ledermøder på Center City, Center Nordvest, Center Nørrebro, Center Amager</li> <li>• Mændenes Hjem</li> <li>• Sygeplejefagligt Netværk, KK</li> <li>• Rusmiddelenheden Hørsholmsgade</li> <li>• Møde for afdelingssygeplejersker i den ambulante psykiatri, PCK</li> <li>• Møde for afdelingssygeplejersker, PCA</li> <li>• OP-team, PCK</li> <li>• Distriktpsikiatrisk Center Gl. Kongevej, PCA</li> <li>• Dobbelt diagnosegruppen, PCA</li> <li>• Specialambulatoriet, RHP</li> <li>• Afdeling M, PC Sct. Hans</li> </ul>		

Note: Baseret på opgørelser fra KI-planernes projektsekretariat

Udrulningen startede med, at de relevante ledelser blev informeret om KI-planer og de tilhørende undervisningsaktiviteter, hvorefter der blev åbnet op for, at de relevante medarbejdere kunne tilmelde sig de forskellige arrangementer via 'Kursusportalen', som både kommunale og regionale medarbejdere har adgang til. Projektlederne holdt i denne fase øje med tilmeldingerne og fulgte i flere tilfælde op, når det 'haltede' med tilmeldinger fra de enkelte enheder.

#### 158 deltagere på Fælles skolebænk, maj 2016

Det kliniske personale på de distriktpsikiatriske enheder deltog sammen med medarbejderne fra Center for Rusmiddelbehandling i Københavns kommune i fire Fælles skolebænk-arrangementer i maj 2016. Fælles skolebænk varer to timer og indeholder to dele. Først gives en introduktion til den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling i relation til

borgere, der lever med sindslidelse og misbrug. Dernæst gives en introduktion til de koordinerende indsatsplaner og det tiltænkte samarbejde om disse.

### **Temadage for 41 nøglepersoner for koordinerende indsatsplaner, juni 2016**

I juni blev der afholdt to temadage for i alt 41 nøglepersoner (34 fra den regionale psykiatri og 7 fra den kommune misbrugsbehandling). Temadagene omhandlede de udfordringer og muligheder for samarbejdet om borgere med sindslidelse og misbrug, og gav på den baggrund en introduktion til arbejdet med KI-planer. Derudover blev nøglepersonerne via gruppearbejde og øvelser klædt på i forhold til de borger/borgernære opgaver, som de koordinerende indsatsplaner byder på i forhold til igangsættelse og udarbejdelse.

### **Oplæg for sengeafsnit på de psykiatriske centre, juni 2016**

Oplæggene på sengeafsnittene indeholdt en introduktion til den koordinerende indsatsplan, og formålet var at supplere de øvrige undervisningsaktiviteter, således at personalet bliver mindet om indsatsen i hverdagen. Deltagerne var:

- PC Amager – 3 deltagere
- PC København – 5 deltagere
- PC Frederiksberg – 7 deltagere

### **Informationsmøder med koordinatorene + fællesmøde for koordinatorene**

KI-planernes fem koordinatore er indledningsvis blevet informeret af projektlederne, og de har været med til at afprøve og udvikle indsatsen. Det er bl.a. sket via løbende sparring med projektlederne og en erfaringsdag for koordinatorene, hvor formålet var at klæde dem endnu bedre på til at løfte koordinatrollen. Derudover var der fokus på at drøfte erfaringer i forhold til forløbsaktivitet, målgruppe, behov for forløbsunderstøttelse, involverede samarbejdspartnere, samtykke, organisering, resultater af indsatsen mv.

### **Hjemmeside**

På Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser hjemmeside har der fra starten været en underside om de koordinerende indsatsplaner. Her har man kunnet finde information om Indsatsen; materialer i projektet; beskrivelse af projektets forløb; af undervisningen og link til tilmelding; kontaklinformation på koordinatorene og projektleder.

Der er desuden oprettet en side på Socialforvaltningens intranet, hvor man kan finde de materialer, der findes i projektet om de koordinerende indsatsplaner.

### **Oplæg til andre aktører, der er i berøring med DD-borgere**

Siden sommeren 2016 har projektlederne været ude og holde supplerede oplæg om KI for en lang række af aktører, der er i berøring med dobbelt diagnoseborgere, uden at være direkte involveret i samarbejdsprojektet om KI-planer. Formålet er at skabe opmærksomhed på de muligheder, der ligger i KI-planerne, samt at skabe opbakning til at deltage i konkrete KI-møder o.l., når dette er relevant. Fremadrettet er det planlagt at fortsætte informationsindsatsen i forhold til nedenstående aktører:

- Praktiserende læger
- Jobcentre
- Oplæg for afdelingssygeplejerskerne på sengeafsnit, PCK
- Center for Rehabilitering og Pleje, Socialforvaltningen, Københavns Kommune.



### 3.1.3 Opsamling

Gennemgangen af KI-planernes formidlingsaktiviteter og det skriftlige materiale, der skal understøtte arbejdet med planerne, viser, at denne del af indsatsen er gennemført som planlagt. Endvidere er der gennemført en række ekstra informationsmøder målrettet aktører, der ikke er direkte involveret i samarbejdsprojektet, for at skabe en bredt forankret viden og opbakning til arbejdet med indsatsen. Med dette afsæt vender vi i næste afsnit blikket mod de deltagende fagpersoners perspektiver på undervisning og informationsmateriale.

## 3.2 KI-planernes formidlingsaktiviteter og informationsmateriale

### 3.2.1 KI-planernes hjemmeside og skriftlige materiale

KI-planernes koordinatore og enkelte tovholdere/nøglepersoner er godt inde i de foldere og vejledninger, der er udarbejdet. Det fremgår samtidig, at materialet opleves bedre efter de revisioner, der er lavet på baggrund af pilotafprøvningen. Det fremgår også at plakater, pilemagneter og informationsfoldere i varierende omfang er gjort synligt på de involverede enheder, samt at materialet generelt vurderes at være godt af de, der har set det.

Det fremgår dog også, at flertallet af interviewpersoner ikke har et detaljeret kendskab til materialet, samt at de fleste ikke har anvendt hjemmesiden aktivt. Det fremgår således, at der fortsat er behov for at have fokus på formidlingen af KI-planer, men også at det detaljerede kendskab til og anvendelse af materialet i sidste ende er afhængigt af, at der konkret arbejdes med KI-planer, så fagpersonerne får naturlige anledninger til at anvende materialet med et konkret formål.

### 3.2.2 Perspektiver på Fælles skolebænk og temadag

Interviewene peger på, at det oplevede udbytte af de fælles arrangementer i relativt stort omfang er afhængigt af, om det lykkes at samle de rette deltagere på tværs af sektorer. Dette har været besværliggjort af, at undervisningen

*“faldt lige ind i en omorganisering af rusmiddelområdet i Københavns Kommune, som gav en del logistiske problemer”. (Kommunal leder)*

En del interviewpersoner fortæller, i forlængelse heraf, at de har været på hold, hvor de øvrige deltagere primært var fra deres egen sektor, eller omvendt, at de stort set var alene på hold sammen med den anden sektor. I begge tilfælde, bevirker den skæve sammensætning af deltagere, at en del af læringspotentialet går tabt, fordi mulighederne for at have en én-til-én-dialog på tværs af sektorer forsvinder.

Der er dog stor opbakning til denne type af arrangementer, og de fagpersoner, der havde deltaget i velbalancerede møder, oplever et godt udbytte, som det fortælles i citatet herunder:

*Mit skolebænk var spændene. At møde folkene fra psykiatrien. Der har altid været lidt barrierer – en form for fremmedhed imellem de to områder. Borgerne har behov for, at vi taler sammen, og der var Fælles skolebænk god som vidensudveksling. Vi fik at vide, at psykiatrien ikke kan afvise pga. misbrug. Det er jeg ellers lært op med, at de kan. Gruppearbejdet var også godt – jeg fik fx sparring om en vild borger. (Kommunal deltager i temadag for nøglepersoner)*

Som det fremgår, var udbyttet både generel viden om den anden sektor og en direkte sparring i forhold til borgere. Den generelle viden om den anden sektor og KI-planer fremhæves som et udbytte af flere deltagere, der har været på Fælles skolebænk:

*Den del med, at vi mødes om noget fælles er rigtigt god. Vi fik telefonnumre med hjem og en forståelse for, hvad der rør sig i psykiatrien [...] der er heller ingen tvivl om, at alle vidste, hvad KI-planer er, efter det her. Det har også haft den effekt, at muligheden for at lave en KI ofte bringes op på vores møder. (Kommunal deltager i fælles skolebænk)*

Det fremgår også, at udbyttet af de udvidede temadage for nøglepersoner vurderes væsentligt højere end udbyttet af de kortere Fælles skolebænk-arrangementer. Der peges i forlængelse heraf for det første på, at skolebænkarrangementerne ikke kan stå alene, hvorfor det er afgørende, at nøglepersoner og decentrale ledere sørger for at følge op på KI-planer efterfølgende. Der peges også på et behov for at justere på indhold og form fremadrettet. Dels for at muliggøre en mere konkret dialog på tværs af deltagerne og dels, fordi det godt kan blive overvældende at overskue kompleksiteten af den anden sektor – såvel som egen sektor:

*Kommunal leder 1: Medarbejderne ville gerne høre mere om, hvordan borgerne kommer ind i psykiatrien, hvordan man kan være i dialog med visitationen, hvad lægerne gør, når de laver en henvisning osv. Det var der ikke så meget af. Det var mere om, hvilke enheder der er i psykiatrien og sådan. Medarbejderne manglede derfor et dybere lag.*

*Kommunal leder 2: Fremadrettet kunne der godt være mere fælles, medarbejderne sat sammen om cases. Fælles skolebænk er jo et første skridt på vejen, men det er en vej, vi skal udvikle yderligere fremover.*

### 3.3 KI-koordinatorernes rolle og opgaver

Som beskrevet i implementeringsmodellen (afsnit 1.2) har de fem KI-koordinatorer fået en nøglerolle i relation til implementeringen af KI-planer. Derfor har vi undersøgt, i hvilket omfang koordinatorerne føler sig rustet til opgaverne, hvordan de konkret har grebet implementeringen an, samt hvordan de oplever kendskabet til og opbakningen af indsatsen blandt kolleger, ledere og på tværs af sektorer.

#### 3.3.1 Koordinatorernes implementeringsopgaver

Koordinatorernes oplevelse af egen rolle i implementeringen af KI-planerne matcher forventningerne fra implementeringsmodellen. Flere koordinatorer har også selv taget initiativ til KI-planer for at understøtte implementeringen og for at få konkrete erfaringer med tovholderrollen. Der er dog væsentlige forskelle på, hvor gode forudsætninger koordinatorerne vurderer de har for at løfte opgaven, samt hvordan de konkret har grebet den an. Nogle koordinatorer oplever, at de har haft ledelsesopbakning og en position, som har gjort det muligt at lægge en konkret plan for, hvordan relevante enheder og fagpersoner informeres om KI-planer og involveres i en systematik screening og dialog omkring de DD-borgere, der kan have gavn af en KI-plan.

*Jeg lavede i sin tid en implementeringsplan, for det så jeg som min opgave. Startede med at gennemgå alle, der har DD, og fik lederen til at gå ud til behandlerne og*

*spørge, om det kunne være relevant at lave en KI på den her sag. Så hun har været rundt på alle afdelinger på daglige konferencer. Det var mere end 100 borgere, der blev gennemgået, men jeg kan ikke sætte et præcist tal på. Ellers har vi informeret om det i nyhedsbreve, holdt informationsmøder, haft KI-projektlederne ude på konferencer – særligt til socialrådgivere og ledelse. Så der er gjort meget, og der har været en implementeringsplan. Brochurerne har også været delt ud. Har også lige fået plakater og magneter. Det er lidt blandet, hvor meget de er brugt, men de er hængt op og materialet fint. (KI-koordinator)*

De koordinatore, som har haft en aktiv rolle i implementeringen, vurderer, at opgaven (udover temadage og møder om indsatsen) har taget 2-4 timer om ugen i opstartsfasen, mens opgaven som koordinator fra sommeren 2016 og frem har fyldt ca. en time om ugen.

I relation til dette er der koordinatore, som ikke i samme omfang oplever, at de har en position og en ledelsesopbakning, der giver et klart mandat til at løse den stillede opgave. De oplever bl.a. at implementeringsopgaven rækker ud over deres kompetencer og de organisatoriske enheder, hvor de hører hjemme. I forlængelse heraf, har de pågældende koordinatore ikke medvirket til at iltalesætte KI-planer og det konkrete arbejde med at opspore KI-borgere i andre enheder end der, hvor de selv fysisk arbejder. Disse koordinatore efterspørger samtidig en tydeligere ledelsesopbakning på tværs af de enheder, der er omfattet af KI-planer, en tydeligere plan for, hvad de som koordinatore helt konkret skal gøre for at understøtte implementeringen, samt at de får beskyttet tid til at løse opgaven:

*Koordinator 1: Der er jo ikke tilført nogle ressourcer til at være koordinator. Det tager ressourcer fra de opgaver, vi ellers har.*

*Koordinator 2: I andre regioner har man ansat folk til det.*

*Koordinator 1: Så det er klart, det bliver en helt anden form for implementering, vi kan lægge i det. Når jeg ser på hvad xxx har gjort – og tænker, nå ja, sådan kunne jeg jo også have gjort, men der har ikke været tydelige krav til, hvad man skal kunne, og hvor meget arbejde, man skal lægge i det, og der er ikke nogen ovenfra, som har hjulpet med at lægge en plan for det. Det må være den overordnede ledelse, der har ansvaret for at lave en implementeringsplan for sådan noget her. Vi er jo ikke ledere, og de enheder, der er involveret, er jo spredt ud over hele byen.*

Der er således en række forhold vedrørende koordinatorenes implementeringsopgaver, der fremstår uafklarede, og som er en kilde til, at der ikke bruges ret meget tid på disse aspekter af koordinatorrollen.

### 3.3.2 Koordinatorenes opgaver som ambassadører og sparringspartnere

Alle koordinatorene føler sig godt klædt på til at fungere som ambassadører og sparringspartnere for KI-planer. Faktorer som medvirker til dette er for det første, at koordinatorene er givet et godt kendskab til KI-planer. For det andet er der skabt et godt netværk og relationer på tværs af koordinatorene. For det tredje har koordinatorene - qua deres eksisterende funktioner – en relativt god viden om opgaveløsning, visitationskriterier o.l. på tværs af misbrugsbehandlingen og psykiatrien. Denne anvender de aktivt i forbindelse med sparring omkring potentielle KI-borgere, såvel som det langsigtede arbejde med at udvikle samarbejdet om DD-borgere:

*Nu kender vi bare hinandens ansigter udmærket, fordi vi har holdt samarbejds møder om det her. Det er rigtig godt. Den del af social kapital, der kommer ved at mødes, er rigtig godt for samarbejdet om dobbeltdiagnosebehandling som helhed. (KI-koordinator)*

Koordinatorerne bliver brugt som videnspersoner, men langt fra i det omfang, de forventede ved opstarten af indsatsen. Det typiske billede er, at:

*Der er 4-5 stykker, der har ringet og spurgt, om det kunne være noget med en KI-plan. De har så fået sparring, men så strander det lidt der. (KI-koordinator)*

De fleste kontakter til koordinatorerne handler om, hvorvidt en given borger lever op til kriterierne for at gennemføre et KI-møde, samt hvem der i givet fald skal være tovholder for forløbet:

*Fx hvem skal være tovholder? Hvad er en koordinerende indsatsplan? Er det relevant at lave en KI for denne borger. Men for langt de fleste borgere har det ikke været relevant, fordi de ikke har opfyldt kriteriet om en indsats i begge sektorer. (KI-koordinator)*

Som det fremgår af citatet, er årsagen til, at mange forløb strander i sparringsfasen, at borgeren ikke har en indsats i begge sektorer, hvilket på tværs af interview ses som en betingelse for, at der kan igangsættes en KI-plan. Tilknytningskravet fungerer således som en begrænsende faktor for antallet af mulige KI-planer. Det skyldes, at de forløb, hvor fagpersoner ser det største potentielle udbytte af KI-planer, omhandler 'svingdørsborgere' og borgere, hvor der (især blandt de kommunale fagpersoner) ses et behov for at skabe en fast tilknytning i begge sektorer:

*Hos os tænkte vi i starten – og folk var helt vildt begejstrede og tænkte, "yes, det her bliver super, nu bliver det nemmere at komme ind i psykiatrien". Så kom de ud og sagde – nej-nej, sådan er det ikke. Det har overhovedet ikke noget med det at gøre. Folk skal være i psykiatrien først, og så er det jo ligegyldigt. For det er ikke samarbejdet om dem, der er i psykiatrien, der er vores problem. Så det hjælper os jo ikke med noget. (KI-koordinator)*

Pointerne fra citatet illustrerer en tværgående problemstilling fra vores interview, der også er omtalt i KI-planens første erfaringsopsamling: at mange oplever en tendens til, at ansvaret for de mest ressourcekrævende borgere skubbes rundt imellem aktørerne i misbrugsbehandlingen og psykiatrien, samt at det opleves vanskeligt at få tilknyttet borgere til den regionale psykiatri via centralvisitationen (CVI). KI-planerne ændrer imidlertid ikke ved adgangen til de forskellige tilbud, og derved er der også en del fagpersoner, der ikke har fået indfriet deres umiddelbare ønsker til KI-planer. Samtidig er der fortsat stor usikkerhed om, hvordan KI-koordinatorerne kan udnytte de rådgivningsmuligheder, der er beskrevet i KI-planer, i praksis:

*Men der står også noget om sparring, men det er aldrig rigtig blevet afklaret, altså hvor meget man kan bruge den anden organisation som sparring. (KI-koordinator)*

De praktiske erfaringer med at indkalde deltagere fra en sektor eller enhed, hvor borgeren ikke har en fast tilknytning, er derfor også begrænset til ét tilfælde, hvor sparringen skete, efter at borgeren havde haft et forløb i psykiatrien, og efter særlig forespørgsel hos projektledelsen, om hvorvidt de måtte afholde et møde på den baggrund. Her førte dialogen om en mulig KI-plan til, at fagpersoner fra den psykiatriske sengeafdeling, hvor borgeren havde været indlagt,

deltog i et opstartsmøde i den kommunale misbrugsbehandling. Koordinatorerne peger i forlængelse heraf på, at det er svært at pege på, hvem der kan repræsentere den anden sektor, inden borgeren har et forløb der, da der er mange forskellige afdelinger og faggrupper med forskellig viden og hver deres afgrænsede muligheder for at vurdere den enkelte borgers behov. Samtidig er vurderingen, at det at deltage som rådgiver – uden at kende borgeren og uden at kunne visitere konkrete ydelser – vil stille den pågældende fagperson i en svær situation.

Det sker, at koordinatorene er i kontakt med hinanden omkring mulige KI-forløb og fordelingen af tovholderrollen, men også denne dialog er begrænset. Det forklares med, at de involverede fagpersoner i langt de fleste tilfælde selv er i stand til at afklare tovholderrollen, når først der er fundet en borger, der matcher kriterierne (dvs. har en fast tilknytning i begge sektorer), for at få en handleplan.

Endelig fremgår det, at koordinatorene får en del henvendelser fra borgere og fagpersoner, der har brug for hjælp til at finde rundt i psykiatrien, fordi de er stødt på koordinatorenes navn og funktion. Disse henvendelser har typisk ikke noget at gøre med KI-planer, men koordinatorene ser dem som udtryk for, at der er et stort behov for større viden og overblik over psykiatrien. Derfor ser de også henvendelserne og den sparring, de efter bedste evne giver, som en vigtig del af det langsigtede arbejde med at styrke samarbejdet i psykiatrien.

### 3.3.3 Monitorering og opfølgning på KI-forløb

Koordinatorerne registrerer, som forudsat i implementeringsmodellen, de KI-planer, der oprettes – og oftest er det koordinatorenes eneste rolle i konkrete KI-forløb. Som også angivet i erfaringsopsamlingen (jf. afsnit 1.3) vurderer koordinatorene, at ansvaret for at sikre opfølgning inden for et halvt år burde ligge hos de ansvarlige fagpersoner. Der er dog så få KI-planer, at det ikke er en opgave, der har praktisk betydning for koordinatorenes hverdag. Derfor holder de også øje med, om der sker opfølgning, men der er ikke afdækket eksempler på, at koordinatorene på den baggrund har rykket for få gennemført opfølgende møder.

### 3.3.4 Muligheder og barrierer for implementering af KI-planer ifølge koordinatorene

En tværgående pointe i de gennemførte interview er, at der er bred opbakning til de overordnede målsætninger for KI-planer. Mange nævner også KI-planen som et element, der understøtter en igangværende udvikling i retning af, at der er mere fokus på de tværgående elementer i samarbejdet om borgere med dobbeltdiagnose. Der er også enkelte fagpersoner, der har taget KI-planerne til sig og aktivt arbejder for at finde borgere og gennemføre KI-møder. Som vi vender tilbage til i kapitel 3, oplever de pågældende fagpersoner også, at KI-møderne resulterer i ny fælles viden, der har et potentiale til at komme borgeren til gavn.

Det fremgår dog også, at barriererne fra den første afprøvning (jf. afsnit 1.3) fortsat dominerer for koordinatorene. Dette er illustreret i nedenstående citater, som peger på omorganiseringer, manglende ledelsesopmærksomhed, usikkerhed over for tovholderrollen og kravet om, at borgerne skal have et forløb i begge sektorer, som faktorer, der i særlig grad er med til at mindske ejerskabet til arbejdet med KI-planer:

*Det her er jo kommet midt i en omstrukturering. Der er så mange ting, folk er optaget af om, hvad vi skal lovgivningsmæssigt, og som folk ikke kan finde ud af. Folk kan ikke rumme mere. Lederne har også været fyldt op, og vi har lige fået ny leder, så hun har jo slet ikke noget forhold til det her. Og så er det nok ikke noget, hvor*

*folk bare tænker, det giver god mening det her. Så der har da ikke været den store opbakning hos hverken ledere eller medarbejdere. (KI-koordinator)*

*Vi har aftalt hos os, at vi er to, fordi det er supersvært at gøre det hele på en gang. Der ligger for meget på tovholderen i mødet, og det er en væsentlig årsag til, at folk ikke ønsker den. (KI-koordinator)*

*Det er generelt svært for tovholderen at se formålet med det. [...]når først borgerne er inde i psykiatrien, kører samarbejdet fint. Vores problem er jo at få dem ind i psykiatrien. (KI-koordinator)*

Muligheder og barrierer for implementering af KI-planer var også et væsentligt tema i de øvrige interview med fagpersoner og ledere, og pointerne opsummeres i de næste afsnit.

### 3.4 Fagpersonernes forståelse af formålet med KI

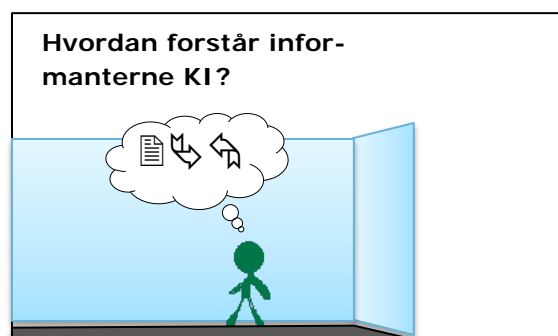
Som beskrevet indledningsvist i afsnit 1.1 er KI-planer sat i verden som et værktøj, der skal fremme god koordinering af kommunale og regionale tiltag, for borgere med samtidig psykisk lidelse og misbrug, og understøtte, at borgerne får relevant behandling.

På tværs af begge sektorer er der en fælles forståelse for formålet med KI, som harmonerer med det formelle formål: at skabe sammenhængende forløb, hvor det, der gøres i de forskellige sektorer, og herunder enheder, harmonerer.

Sammenhængende forløb beskriver informanterne som koordinerede, hvilket vil sige, at der ikke er uheldige overlap eller indsatser, der falder skævt for hinanden, således at de faktisk modvirker hinanden og dermed borgerens bedring. Sammenhængende forløb er at have en plan, der er fælles, samtidig med, at man også har sine egne handle/behandlingsplaner, og det er at have klare aftaler om, hvem der gør hvad hvornår, og dermed også en synlighed om, hvornår man er i mål. Formålet ser informanterne også som at gøre borgeren fri af bureaukratiske barrierer, således at det rette forløb, der kan føre til en bedring for borgeren, faktisk kan etableres. Det fortælles der om i citatet nedenfor.

*Opgaven er, at vi koordinerer fagpersonerne imellem, så det ikke bliver borgeren, der skal alt det. At man ikke kan få en bolig, før man har fået lavet en VUM, før ... vi skal rydde de barrierer af vejen for borgeren. (Regional leder)*

Informanternes forståelse af formålet med KI harmonerer således med hensigten, såvel som med de elementer, arbejdet med KI-planen består i.



### 3.5 Muligheder for at implementere KI i en travl hverdag



Udgangspunktet for implementeringen af KI er, at den skal finde sted sideløbende med alt det, der i forvejen fyldte hverdagen ud i organisationerne. Der gives således ikke i udgangspunktet ekstra ressourcer til implementeringsarbejdet i de enkelte afdelinger<sup>7</sup>. Hvad hverdagen allerede er udfyldt med, er bl.a. de borgerrelaterede opgaver såvel som omorganiseringer i kommunalt regi i Københavnsdelen og i regionalt regi andre projekter, der

også omhandler borgere med dobbeltdiagnose. Sidstnævnte betyder, positivt, at der allerede er fokus på målgruppen, men det samlede billede betyder, at tiden til at arbejde med KI-planerne begrænses af andre opgaver. En læring heraf for interviewede ledere og fagpersoner er derfor, at der er en akut risiko for, at arbejdet med KI-planen 'drukner i alt det andet'. På Amager opleves dette til trods for, at KI er blevet opfattet som en 'skal-opgave', dvs. en prioriteret opgave, såvel som, at der er gjort gode erfaringer med at udarbejde KI-planer. Det var forventet, at gode erfaringer ville være en generator for øget udvikling af planer, men i pilotfasen blev det erfaret, at dette ikke var tilfældet. De decentrale ledere har derfor været nødt til at revurdere deres rolle i implementeringen, som illustreret i nedenstående citat:

*(...) når socialrådgiverne var tovholdere, og vi havde nøglepersoner, troede jeg, det ville køre. Men det var ikke nok. Jeg fandt ud af, at det er vigtigt, jeg hele tiden har min afdelingssygeplejersker med inde og giver dem alle informationerne om, hvad der ligger til grund for KI, for det er dem, der i dagligdagen er gode til at sige, 'husk lige ham', og 'kunne det være en?'. Det overblik har socialrådgiverne ikke altid (...) Derfor skal afdelingssygeplejerskerne være med, for det er der, hvor der sker noget. Det er det ledelsesfokus, der skal til, når vi skal implementere noget og ændre arbejds gange. (Regional leder)*

I citatet ovenfor bringes flere facetter i spil som essentielle for en god implementering. Dels er der et element af fastholdelse. Informationerne skal flyde frit og ofte gennem ledelseslagene såvel som til fagpersonerne. Herudover er der en kombination af logistik og *forandringsagenter*. Logistikken består i, at informationerne skal flyde de rette steder, og i særlig grad hos de, der skal anvende KI. Forandringsagenturet omhandler, hvordan informationer og viden om KI bringes ind i medarbejdergruppen. Afdelingssygeplejerskerne skal ikke alene formidle viden om KI til de medarbejdere, der står med den daglige kontakt til borgerne, men også fremme fagpersonernes arbejde med KI ved at forholde sig til konkrete cases og gå i dialog med fagpersonerne om, hvorvidt en KI er oplagt for en given borger.

Herudover lader PC Amager en socialrådgiver indtage rollen som forandringsagent over for kollegaer i øvrige teams. Hun tager ud og fortæller om sine erfaringer med at anvende KI, og hvordan det kan gøres nemt. Det sidste er en vigtig pointe, for her taler socialrådgiveren direkte ind i dét, der af mange fremhæves som en barriere for at anvende KI: at det er for tids- og ressourcekrævende i forhold til det oplevede/forventede udbytte (uddybes i næste afsnit). Ved at socialrådgiveren indtager rollen som forandringsagent gives således en relevant viden videre til de, der kan omsætte den til praksis.

<sup>7</sup> I september-november 2016 har PC Amager dog haft mulighed for at allokere en projektansat medarbejder til at arbejde dedikeret med opsporing og igangsættelse af KI-planer.

Det fremstår således som en væsentlig pointe fra KI-planen på PC Amager, at et vedvarende og aktivt ledelsesfokus og forandringsagentur er nødvendigt for, at indsatsen bliver en del af hverdagen, samt at der her er det nødvendige ledelsesfokus, som hjælper KI-planerne på vej.

Til trods for ovenstående implementeringstiltag er oplevelsen stadig, at der bliver udarbejdet for få KI-planer på Amager. Derfor har ledelsen på PC Amager tildelt de forskellige teams mål for, hvor mange borgere, de skal udarbejde KI-planer for. Inklusionskriteriet har således bevæget sig fra at være lagt ud til en individuel faglig beslutning hos den enkelte kontaktperson til at være et centralt defineret antal planer ud fra et ønske om at øge antallet af KI-planer. Formålet med ændringen er, at anvendelsen af KI kommer i gang, således at der opnås kritisk masse i konkrete erfaringer med brugen af KI, som på sigt antages, at ville generere en øget anvendelse. Målet er således, at den individuelle, faglige vurdering igen skal være styrende, når KI i højere grad er konsolideret som redskab og faglig rutine, som illustreret i nedenstående citat:

*Så det, vi gør nu er et at sige, at vi så må udvælge nogle borgere for at få nogle erfaringer med KI, og hvordan det virker. Så vi har et mål for, hvor mange borgere, teamene skal have igennem, fx fem, for at det ikke skal være op til den enkelte kontaktperson at sige, at de synes deres borger har brug for det. For at få givet noget erfaring med det. (Regional leder)*

### 3.6 Barrierer for at anvende KI-planer i en travl hverdag

De nedenstående afsnit præsenterer de specifikke barrierer for implementering af KI-planer, som fagpersonerne nævner. Som det fremgår, er der mange overlap med koordinatorernes erfaringer.

#### 3.6.1 Uforudsigelige forløb og usikkerhed omkring arbejdsbyrden

Citatet nedenfor illustrerer, hvordan selve det at borgernes forløb er uforudsigelige, og der opstår akutte situationer, kan opleves som en barriere for anvendelsen af KI.

*Det er udfordrende at håndtere uforudsigeligheden i forløbene. Redskabet er tungt i forhold til at agere fleksibelt. Hvis man skal følge op over for alle involverede i forhold til, hvad der sker i forløbet – så kan man få meget at lave. Hvornår og hvordan orienterer man om, når der sker forandringer? (Tovholder, Psykiatrisk Center)*

Barrieren synes at udspringe af en overvejelse om, hvor nært/forpligtende samarbejdet med de øvrige fagpersoner er. I hvilken grad skal man orientere hinanden, er det konkrete spørgsmål, og det fører til en bekymring om, hvor stor en arbejdsbyrde der er knyttet til arbejdet med KI. Samme beretning går igen hos kommunale nøglepersoner og tovholdere, som forklarer, at netop arbejdsbyrden i forbindelse med KI – ikke kun i forhold til at orientere hinanden fortløbende men især i forbindelse med at arrangere og afholde møder – er en barriere, der medfører, at de fravælger planen.

*Jeg har snakket lidt med min kolleger om, hvorfor vi ikke har holdt flere møder – der er enighed om, at det er alt for tidskrævende. Det tog bare oceaner af tid. At skulle samle alle de der punkter. Vi har også et krav om, at vi skal nå så og så mange borgere i løbet af en uge. Så hvis jeg bruger meget tid på det her – så bliver det meget stresset med de andre borgere. (Tovholder, Psykiatrisk Center)*



### 3.6.2 Konkurrerende løsning: Netværksmødet

Som set ovenfor fravælges KI-planen blandt andet, fordi den opleves som en for tung arbejdsbyrde. Dette skal ses i relation til, at de har et alternativ, netværksmødet, som måske ikke kan helt det samme som KI – den har fx ikke helt samme legitimitet eller potentiale til at skabe fremdrift i forløb – men den opleves som et godt kompromis mellem fremdrift og arbejdsbyrde. De har således en allerede eksisterende praksis, der tilfredsstillende opfylder deres behov. Det illustreres bl.a. i citatet nedenfor.

*Vi informerer borgeren om, at vi holder en rundbordssamtale, når vi holder rundbordssamtale [og indhenter således fx ikke samtykke, red.]. Vi laver referat, men det er ikke under den samme ramme. Jeg tænker, behovet er lidt dækket af rundbordssamtaler og de ting, vi gør i forvejen. (Kommunal misbrugsbehandler)*

Så længe dette rationale, at netværksmøderne stort set udfylder samme rolle som KI, blot med en mindre arbejdsbyrde, er gældende, vil det sandsynligvis være svært at implementere KI i højere grad, end det er tilfældet i dag. Der er således en række fagpersoner på tværs af evalueringens områder, der vurderer, at KI skal forenkles i brug, før de anser det realistisk, at den tages mere i anvendelse.

### 3.6.3 Konkurrerende opgaver og projekter

Som påpeget tidligere, oplever også fagpersoner fra begge sektorer deres mange konkurrerende opgaver og forskellige typer af planer<sup>8</sup> som en barriere for at arbejde med KI. Opgaverne 'stjæler' tid, ressourcer og fokus. Det, at der ikke er tilført ekstra ressourcer til arbejdet med KI-planer, fremhæves således som en barriere på tværs af interview. Større omorganiseringer på misbrugsområdet og i psykiatrien har ligeledes betydet et stort arbejdspress og heraf medfølgende mangelfuld motivation til at påtage sig roller i forhold til KI:

*Vi har været under en meget stor omstrukturering. Alle har fået nye ledere, nye opgaver osv. Så der er ingen, som længes efter at få nye nøglepersonsopgaver. (Kommunal misbrugsbehandler)*

*Min rolle har været for lille. Jeg har været nødt til at prioritere anderledes, fordi vi er ved at åbne Psykiatriens hus, hvor vi også har arbejdet med koordinationsplaner, der skal kunne rumme alle borgere og ikke bare borgere med dobbeltdiagnose. Det er der jeg har valgt at lægge mit fokus. Jeg synes det er et godt initiativ, og jeg kunne godt tænke mig, at det var fast forankret, og at der ikke var så mange forskellige navne for planer for det ene og andet, for det forvirrer også medarbejderne. (Regional leder)*

Det synes således rimeligt at slutte, at mange medarbejderne i udgangspunktet ikke er gået ind i arbejdet med KI af lyst og motivation.

### 3.6.4 Det manglende fælles it-redskab

KI-planen er en papirs-plan til forskel fra at være et delt it-redskab, og det oplever interviewpersonerne som en besværende faktor i anvendelsen. Det betyder i praksis, at alle deltagere

<sup>8</sup> At der er tale om flere forskellige organisationer, der skal samarbejde, betyder også, at der i forvejen er en del forskellige planer i spil rundt om den enkelte borger. I kommunen kan der være en social handleplan og en behandlingsplan fra rusmiddelcenteret. For borgere, der bor på botilbud, kan der være en plan, der beskriver indsatser som led i opholdet på botilbuddet. Fra psykiatrien vil der være en behandlingsplan, og for nogle borgere kan der også være en udskrivningsplan eller en koordinationsplan. KI-planerne skal dermed implementeres i en kontekst, hvor der i forvejen findes en del planer.

skal scanne/på anden vis 'manuelt' indføje referatet af KI-mødet i deres eget it-system. Den arbejdsgang er tung, fortæller flere interviewpersoner, og den kan betyde, at KI går tabt i praksis. I citatet herunder forklarer en tovholder det.

*I dag findes ikke papirjournaler, så det kan være sværere at finde KI – man skal vide, hvad man leder efter. Hvis borgeren fx bliver indlagt på et døgnafsnit, kan man let overse, at der er en KI. (Regional tovholder)*

Interviewpersonerne fortæller, at det er fx af betydning for, om KI-planen opdages, hvor i systemet den lægges, og hvor mange gange, 'man skal klikke' for at åbne den.

En anden barriere, som interviewpersoner beskriver, er, at KI-planens manglende integration i deres dokumentationssystem medfører eller bidrager til en manglende systematik i arbejdet med borgerne. Det illustreres i citatet herunder.

*Problemet er – nu kommer Sundhedsplatformen, og den kan forhåbentligt hjælpe – for problemet er, at der er ingen systematik. Vi skal videre med en borger, men der er ikke en systematik, der siger, at borgeren skal have en udskrivningsplan, en koordinationsplan, en KI eller en helt fjerde plan, fordi man kan have andre problemstillinger end misbrug. (Regional tovholder)*

Problematikken består bl.a. i, at der findes mange forskellige planer i begge regi, og det kan betyde, at fagpersonerne mister overblikket over, hvad der er det oplagte at gøre. De betoner, at samtlige planer er relevante, dvs. at der ikke er overflødige fokusområder, blot at de mange forskellige planer medfører eller bidrager til en manglende systematik i arbejdet. Som en løsning på dette efterlyser de en forenkling af samarbejdsplanerne, hvor fx samme koordinerende plan kan anvendes i arbejdet med mange forskellige problematikker, og ikke, som det er tilfældet med KI-planen, primært have misbrug og psykisk lidelse som anvendelsesområde. Det er fx i fokus i forbindelse med etableringen af 'Huset for Psykisk Sundhed', som der arbejdes med på PC København. De arbejder med meget af det samme, som KI omfatter, men de anvender ikke KI-planen. Tværtimod arbejder de på at udvikle en generisk handleplan, der kan favne samtlige af de problematikker, borgeren måtte have. Det gør de, forklarer det i citatet nedenfor, fordi KI kun fokuserer på misbruget og ikke den palette af øvrige udfordringer, borgeren måtte have.

*Fordi vi skal kunne lave planer, der ikke har noget med misbrug at gøre også. Vi har fx en del, hvor der er noget med børn, men intet med misbrug. Min drøm ville være et system for koordinerende planer, hvor man kan hive de rette ind alt efter, om det drejer sig om børn, misbrug, boligløse... (Medarbejder, Psykiatrisk Center)*

På PC Amager opfattes KI dog som et redskab, der også kan favne andre problematikker end de, der vedrører misbrug og psykisk sygdom, og at alle relevante fagpersoner kan inviteres ind. Mellem de to enheder er der dog enighed om, at behovet er, at det er en enkel plan, der skal arbejdes med.

### 3.6.5 Der mangler succesoplevelser, og KI-planerne er sårbare over for dårlige erfaringer

I KI-planernes indledende erfaringsopsamling blev der efterlyst succescases, der kunne bruges til at illustrere nytten af KI-planerne og derved understøtte implementeringen. Denne efterlysning blev også bragt op i vores interview. Desværre var der ingen, som kunne give eksempler

sådanne cases, og i stedet var der flere, som fortalte om dårlige oplevelser med udbyttet af KI-møder, som efterfølgende mindskede deres motivation til at prøve igen:

*Til det møde jeg omtalte tidligere, der kom 10 mennesker udefra. Det er rigtig mange ressourcer! [...] Og målet blev, at borger gerne ville motiveres til at blive motiveret for at modtage behandling. Så tænker man, hold da kæft, kunne de ressourcer ikke have været anvendt bedre? (Kommunal fagperson)*

I citatet pointeres det, at KI-møderne kan resultere i et ressourcespild. Det er derfor vigtigt, at KI-arbejdes begrænses til motiverede borgere, hvor der kan arbejdes frem mod en reel bedring. Hertil kommer, at det også er vigtigt, at det 'kun' er de rette og nødvendige fagpersoner, der deltager. Det gør bl.a. også møderne sårbare over for afbud, da det kan betyde, at fremdriften i et borgerforløb sænkes. Det beskrives bl.a. i afsnit 3.3., hvor afbud betyder, at der mangler den rette faglige viden og beslutningskompetence, samt i kapitel 4, hvor en borger beskriver, at netop afbuddet fra den fagperson, der kunne tale ind i det, der var hans mål og ønske, betød, at KI-samarbejdet ikke imødekom hans behov.

Som citatet også illustrerer, er KI-planerne – i lyset af de andre barrierer der opleves – særligt sårbare over for manglende succesoplevelser, hvilket kan føre til at fagpersonerne finder det legitimt at afskrive redskabet som en mulighed, selvom de kun har ganske få erfaringer med det.

### 3.6.6 Fællesteamets erfaringer

Som tidligere omtalt udgør 'Fællesteamet' på Sundby Hus en undtagelse i forhold til den normale organisering af psykiatrisamarbejdet, fordi medarbejderne fra de to sektorer fungerer som kolleger i et nært og dagligt samarbejde. I regi heraf opstår der personligt kendskab mellem mennesker, og der opnås viden om hinandens systemer. Denne effekt, som også er den, der søges nået med 'Huset for Psykisk Sundhed', gør, at medarbejderne bedre kan navigere i 'den anden sektor'.

*Begyndelseserfaringen var, at indgangen til regionen og kommunen var meget personafhængig. Men den er udfaset nu (i Fællesteamet), for man har skabt viden om hinanden på tværs. (Regional leder)*

Oplevelsen blandt de fagpersoner, som kender til Fællesteamet er samtidig, at teamet på mange måder repræsenterer skridtet efter KI-planer, fordi organiseringen i et vist omfang bygger bro over de problemer, KI-planen skal adressere:

*Fællesteamet er jo faktisk steppet videre efter KI. Fællesteamet arbejder integreret, mens vi i KI har to sektorer, der samarbejder parallelt koordineret. Fællesteamet er et step up på integrationsstigen. Det der med at få det ind som planen, man bruger, er måske så en tilvænnings sag, i steder for de behandlingsplaner, handleplaner, man ellers arbejder efter. (Kommunal leder)*

Den tværsektorielle organisering giver endvidere den fordel, at medarbejderne har adgang til både de regionale og kommunale systemer, så de hurtigt kan skabe en fælles viden om borgeren:

*Vejen er kort i teamet, for der er relationer ind i begge systemer. I Fællesteamet sker Videndeling hele tiden, så man skal ikke vente på at etablere møder. De kan handle med det samme. (Regional leder)*

Som det fremhæves i citatet ovenfor, og som allerede beskrevet i afsnit 3.7, muliggør Fællesteamet, at der sker ad hoc-sparring om borgere. Det kan derfor fremhæves som en vigtig læring, at Fællesteamets organisering giver mulighed for at opnå mange af de resultater, der er målet med KI-planer, på en lettere og mere uformel måde end det, der lægges op til i vejledningen for KI-planer.

### 3.7 Status for igangsættelse af KI-forløb

De oplevede barrierer afspejles også i, at antallet af igangsatte KI-forløb, fortsat er meget lavt ved udgangen af 2016, som angivet i Tabel 3.2 nedenfor:

**Tabel 3.2** Fordeling af KI-planer på tværs af aktører og områder

	Antal KI-planer	Borgere i planlægnings- og motivationsfase	Borgere, der har fået opfølgende indsatsplansmøde
PC Amager	9	2	2
Fællesteam Sundbyhus	6	0	0
PC Frederiksberg	2	1	0
PC København	0	3	0
Kommunal misbrugsbehandling (Amager)	4	0	1
<b>I alt</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

Note: Opgørelsen er udarbejdet af KI-planernes projektledere ultimo december 2017.

Som det fremgår, er der i alt udarbejdet 21 KI-planer på 18 KI-forløb, siden KI-planernes pilottest startede i september 2015. De 21 KI-planer er fordelt på 17 personer, da én borger har fået tre KI-planer, mens to andre borgere, hver har fået 2 KI-planer. 15 af de 21 KI-planer er startet inden for de rammer, der normalt gælder for samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og den regionale psykiatri, mens seks af de 21 planer er startet af Fællesteamet på Sundbyhus.

Fællesteamet er et projekt, hvor den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling bemandet et fælles team, der arbejder med DD-borgere. Som det også fremgår af KI-planernes erfaringsopsamling (jf. afsnit 1.3), adskiller fællesteamets KI-forløb sig væsentligt fra den fremgangsmåde, der er lagt op til i KI-planer. Forløbene har i højere grad karakter af ad hoc-processer, som baserer sig på medarbejdernes gensidige relationer og kortere og spontant opståede samtaler med borgerne, fremfor et KI-møde planlagt og afholdt som beskrevet i vejledningerne. Fællesteamets erfaringer med KI-planer og de muligheder, der ligger heri, uddybes senere i rapporten.

Det fremgår også, at 19 af de 21 KI-planer er startet på PC Amager, i misbrugsbehandlingen på Amager eller på Fællesteamet (der hører til på Amager), mens to forløb er startet på PC Frederiksberg og nul forløb på PC København. Fordelingen af KI-planer illustrerer således for det første, at implementeringen fortsat befinder sig på et meget tidligt stadie på og omkring PC Frederiksberg og PC København. For det andet fremhæves nogle særlige udfordringer i form af omorganiseringer i den kommunale misbrugsbehandling og udviklingen af "Huset for Psykisk Sundhed", der fortrænger KI-planer. For det tredje indikerer aktivitetsniveauet, at det er en langvarig opgave at implementere KI-planerne som en del af de daglige rutiner, samt at der formentlig ikke er mange borgerforløb, der matcher KI-setuppet, som det ser ud i dag.

### 3.8 Opsamling på implementeringsmodellens møde med praksis

Interviewene viser, at det skriftlige materiale og de formidlingsaktiviteter, der er lagt op til i KI-planernes implementeringsmodel er gennemført som planlagt. Der er også bred opbakning til formålet om at styrke koordinering og samarbejde omkring de komplicerede forløb for borgere med dobbeltdiagnose. Derved er fundamentet for den praktiske implementering af KI-planer og organiseringen omkring disse etableret i form af de fem KI-koordinatore og et korps af nøglepersoner og generel information til en bred kreds af relevante fagpersoner. Udbyttet af de gennemførte informationsarrangementer og introduktionen til indsatsens koordinatore opleves overvejende godt. De længerevarende og målrettede temadage for koordinatore og nøglepersoner vurderes i den forbindelse at give et væsentligt bedre udbytte end de korterevarende fælles skolebænk arrangementer. Samtidig stiger det relationelle udbytte, når det lykkes at samle en velafbalanceret kreds af fagpersoner fra begge sektorer.

De involverede vurderer langt hen af vejen, at implementeringsmodellen og de tilhørende roller og aktiviteter er rigtigt tænkt. KI-koordinatorene føler sig klædt godt på til at varetage de opgaver som ambassadører for KI-planen og sparringspartnere i relation til konkrete KI-forløb. Det fremhæves dog også, at koordinatorene – i tråd med KI-planens interne erfaringsopsamling – fortsat oplever en række udfordringer med at etablere den ønskede organisering omkring arbejdet med KI-planer. Udfordringerne knytter sig først og fremmest til, at der efterspørges en mere aktiv ledelsesinvolvering i implementeringen, mere klarhed omkring, hvor meget tid den enkelte koordinator skal bruge på opgaven, samt anvisninger til, hvordan de skal række ud til organisatoriske enheder, hvor de ikke selv hører hjemme.

På et mere grundlæggende niveau beskrives en række udfordringer for KI-planernes praktiske anvendelighed. Disse er relateret til kriteriet om, at borgerne skal have en fast tilknytning til begge sektorer for at få en KI-plan, manglende viden/opmærksomhed på KI-planer, travlhed og omorganiseringer, der fortrænger KI-planer, samt vanskeligheder med at få borgernes samtykke og usikkerhed over for rollen som tovholder. Endelig har fagpersonerne generelt svært ved at se, hvad det er, KI-planerne tilfører af værdi, sammenholdt med de netværksmøder, man er vant til at afholde.

De mange udfordringer, der beskrives på tværs af interview, betyder, at manglende overskud og manglende ejerskab til arbejdet med KI-planer, fremstår som en væsentlig barriere for implementeringen, hos fagpersoner såvel som decentrale ledere. Dette er også afspejlet på det konkrete niveau, hvor der kun i yderst begrænset omfang er igangsat nye KI-planer siden sommeren 2016<sup>9</sup>. Implementeringen af KI-planer fremstår således som en langvarig og kompleks opgave, der kræver et målrettet fokus fra alle involverede i KI-planer.

Der er dog skabt erfaringer og værdifuld læring via arbejdet med de 21 KI-planer, der er igangsat. I næste kapitel zoomer vi ind på disse, for at få en forståelse for, hvornår KI-planerne lykkes, og hvilke justeringer i setup og organisering der kan understøtte indsatsen fremadrettet.

---

<sup>9</sup> Fra juli 2016 er der lavet tre KI-planer på PCA, én på PCF, én i misbrugsbehandlingen på Amager og fem i Fællesteamet.

## 4 Det borgerrettede arbejde med KI-planer

Med afsæt i KI-planens projektbeskrivelse og målsætninger præsenterer dette kapitel erfaringerne fra det borgerrettede arbejde med KI-planerne. Strukturen følger de opgaver, der findes på borgernes tænkte vej igennem KI-planen, således at fokus er på:

- Opsporing og inklusion af borgere, samt logistik og forberedelse forud for KI-møder
- Gennemførelsen af KI-møderne, herunder mødedynamikken, rollen som tovholder og opstillingen af mål for det videre forløb
- Det oplevede udbytte af møderne, samt arbejdet med at realisere/følge op på de planer, der laves for det videre borgerforløb.

Som tidligere nævnt, har samarbejdspartnerne på Amager, dvs. PC Amager og de kommunale aktører fra misbrugsbehandlingen, fungeret som pilotprojekt for KI-planer. Det betyder dels, at der her er en række fagpersoner, der har været særligt involveret i udviklingen af KI-planer. Dels at deltagerne fra Amager har haft væsentligt længere tid til at arbejde med KI-planer, sammenlignet med de områder, der først er koblet på i implementeringsfasen. Dette kapitel er derfor primært baseret på erfaringerne fra Amager, men de relevante erfaringer fra samarbejdsprojektets øvrige parter indgår naturligvis også, i det omfang det er relevant.

### 4.1 At få et KI-møde op at stå ...

Dette afsnit omhandler fagpersonernes oplevelser af de forskellige elementer, som det at få et KI-møde op at stå og afholde det består af. Derfor består afsnittet af en række underafsnit, som hvert tager fat på et mindre antal elementer.

#### 4.1.1 Opsporing og inklusion af relevante borgere



Det fremgår af vejledningerne til KI-planen, at første trin i udarbejdelsen af en KI-plan er, at en medarbejder tæt på borgeren bliver opmærksom på, at borgeren har en kompliceret problematik, der vedrører både misbrug og psykisk lidelse, og får tanken, at en KI-plan er et oplagt redskab til at skabe bedring. Næste trin er, at medarbejderen agerer på sin tanke, og dette både i forhold til samarbejdet med borgeren og kollegaer. Det er en forudsætning, at borgeren samtykker til, at der udarbejdes en KI-plan, og det vil sige, at der kan være behov for et motiveringsarbejde. I forhold til samarbejdet med kollegaer, kan koordinatoren have en særlig rolle i denne fase, som sparringspartner og som den, der evt. beslutter, hvem der er den rette tovholder i et forløb, såvel som, at de skal overtage opgaver for tovholderen i komplekse KI-forløb.

I dette afsnit belyser vi, med afsæt i ovenstående ideal praksis, hvordan fagpersonerne beskriver, at de bliver opmærksomme på en borgers behov for en KI-plan.

### **Et forløb i begge sektorer anses som en forudsætning**

To forudsætninger for, at medarbejderne tænker i baner af en KI-plan, er, at borgeren har dobbeltdiagnose, og at de *har et forløb i begge sektorer*. Fagpersonerne har således en fælles opfattelse af, at borgere, der fx kun er tilknyttet den kommunale enhed, men hvor de kommunale aktører vurderer, at der er behov for inddragelse af de regionale aktører, ikke falder inden for målgruppen, og omvendt. Det fremhævede regionale og kommunale medarbejdere som en ulempe. Netop sådanne borgere udgør en gruppe, hvor der er et behov for samarbejde, men hvor det er svært at etablere. Det er ligeledes et brud med beskrivelsen i implementeringsmodellen, hvor det fremgår, at medarbejdere fra 'den anden sektor' kan indkaldes som konsulenter, hvis borgeren ikke er tilknyttet, men der vurderes at være et behov for et samarbejde. På den måde synes en bureaukratisk barriere fastholdt trods indførelsen af KI. Borgere skal være i et forløb hos begge aktører, for at de kan indlede et samarbejde. Citaterne nedenfor udtrykker fagpersonernes frustration over den barriere, tilknytningskravet udgør.

*Det er noget nær umuligt at få psykiatrien med. De skal være i psykiatrien i forvejen. Der er lang vej ind. Der kan gå mange måneder. Jeg kunne godt tænke mig, at der var en hotline – men det skal igennem centralvisitationen. (Kommunal fagperson)*

*Tanken var jo netop, at det skulle være et dialogredskab, som gik ud over vores systemer. Inklusionskriteriet gør, at planen ikke er relevant. Det duer ikke, at de først skal være i fast kontakt med begge systemer. (Kommunal fagperson)*

I relation hertil beskrev informanter fra begge sektorer KI som en indsats, der skal sættes i værk, hvor *det tværsektorielle samarbejde om borgeren ikke fungerer*, og, pointerede de, det fungerer som regel godt, når først borgeren er inde i begge systemer. Citatet nedenfor beskriver det.

*Folk skal være i psykiatrien først, og så er det jo ligegyldigt. For det er ikke samarbejdet om dem, der er vores problem. Så det hjælper os jo ikke meget. (Kommunal fagperson)*

Fordi samarbejdet opleves at fungere godt, når først borgeren er tilknyttet begge systemer, medfører et kriterie om, at det tværsektorielle samarbejde skal fungere dårligt, at KI opleves som en irrelevant indsats for (en stor del af) borgerne, mens KI for de borgere, hvor der ikke er et godt samarbejde, ikke er en mulighed grundet kriteriet om den dobbelte tilknytning.

Informanterne problematiserer dog også, at det at tage en konsulentfunktion i anvendelse, vil være kompliceret. Hvem skal deltage fra organisationerne? Hvor forpligtende er deltagelsen som konsulent? Hvad skal være grundlaget for at indkalde konsulenter? Hvad skal de bidrage med, når de træder ind i mødet uden kendskab til borgeren? Sådanne spørgsmål stilles, og de illustrerer, at der er en strukturelle forhold vedrørende psykiatriens opdeling og visitationskriterier, som udfordrer praktiseringen af KI-planerne.

Når en borger fx udskrives fra hospitalet, afsluttes denne i dette regi – hvilket fx i forhold til 'svingdørsborgere' medfører en for medarbejderne meningsløs barriere i forhold til at arbejde med KI. En medarbejder foreslår, med tilslutning fra de øvrige interviewpersoner, en løsning, hvor borgerne har mulighed for at gå på 'orlov', når de er 'udlånt' til det andet system:

*Det giver ingen mening at afslutte borger, når der er en KI-plan i gang – de her borgere kommer tit tilbage – planen skulle netop hedde, at, selvom hun er udlånt til indlæggelse, så slipper jeg ikke ansvaret. (Kommunal fagperson)*

Og denne praksis synes netop at være, hvad en kommunal fagperson praktiserer, som det konstateres i citatet nedenfor.

*Jeg har bare ladet borger stå åben i vores system for at kunne være inde over. Hvordan løfter vi planen på lang sigt. Mange af os afslutter jo, når borgeren udskrives fra os. (Kommunal fagperson)*

Som citatet illustrerer omgår medarbejderen de gældende procedurer for at få samarbejdet omkring KI-planen til at fungere. Villigheden – og kreativiteten – til at få den daglige praksis til at hænge sammen omkring KI-planen kan således være stor, når først fagpersonerne ser en mening med planerne.

### **Kriterier for borgerens tilstand**

En anden forudsætning for, at fagpersonerne tænker KI-planen som et oplagt redskab, er, at borgeren skal have en problematik, der medfører, at borgeren har relevans for fagpersonens organisation/afdeling. Det vil fx sige, som det udtrykkes i citatet herunder, at det kun er de borgere, der har *længerevarende problematikker*, vedrørende både misbrug og psykiatri, der falder inden for målgruppen.

*Dem, der bliver indlagt til afrusning – hvis ikke de har længerevarende psykoser, skal de sådan set ikke følges, og så lever de ikke op til kriterierne. Men vi har fx haft en, der var indlagt gentagne gange, så hende indskrev vi for at kunne få hånd om forløbet. (Regional fagperson)*

Fagpersonerne fremhæver også tyngden af borgerens problematikker som et inklusionskriterie. Borgeren skal således have tunge problemer, ikke blot i eget regi, men også i det andet, som det fremgår af citatet nedenfor.

*Der, hvor psykiatrien vejer tungt, tænker jeg KI. Jeg har en, jeg gerne vil starte op, som har mange problematikker omkring bolig og handicap (...) Jeg tænker KI som et afsæt for dialog med Sankt Hans, hvor han er indlagt, om, hvordan vi sikrer et godt forløb efter indlæggelsen. (Kommunal fagperson)*

Det er således det samlede billede af borgerens problematikker, der lægges til grund for, om KI vurderes at være det oplagte redskab at anvende, med øje for at en koordinering af de forskellige aktørers tiltag er af betydning for, om der bliver et godt forløb for borgeren.

I dette og det forrige afsnit er der således beskrevet tre forhold som fagpersonerne bruger til at vurdere, hvilke borgere der skal have tilbudt en KI-plan:

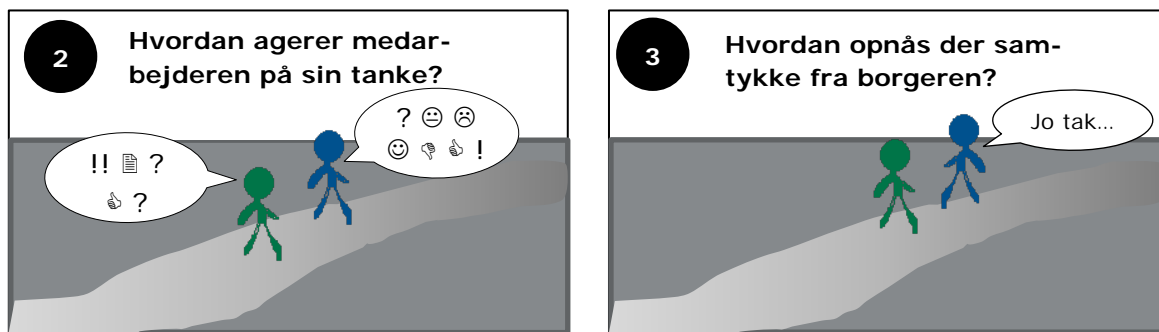
1. Borgeren skal have dobbeltdiagnose
2. Borgeren skal være tilknyttet enheder i både den regionale psykiatri og i kommunal misbrugsbehandling
3. Borgerens problematikker skal være omfattende og medføre en længerevarende tilknytning til fagpersonens afdeling.

Det næste afsnit tager endnu et skridt i arbejdet med KI-planen og belyser hvordan fagpersonen arbejder videre med at etablere en plan for de borgere, hvor det vurderes at være relevant.



#### 4.1.2 Hvordan fagpersonen handler på tanken om KI som en mulighed

I det forrige afsnit belyste vi forudsætninger, der skal være opfyldte, for at fagpersonerne tænker på KI som et relevant tiltag i arbejdet med borgeren. I dette afsnit fokuserer vi på, hvordan fagpersonen agerer på sin tanke, og hvordan der arbejdes med at opnå samtykke fra borgeren.



Ifølge baggrundsmaterialet skal fagpersonen tale med borgeren om KI og hermed om et tværsektorielt samarbejde som en mulighed for at skabe en positiv udvikling i borgerens situation. Det er dog borgeren alene, der afgør, om der skal etableres et samarbejde om KI, og det er således essentielt for et videre samarbejde, at fagpersonen får borgerens samtykke til at arbejde med at få en KI-plan etableret. Som en del af denne tidlige fase kan fagpersonen også informere koordinatoren om, at der arbejdes frem imod, at der skal udarbejdes en KI-plan for borgeren, og hente sparring fra koordinatoren.

#### Sparringen fra koordinatore og kollegaer om tanken om KI

Nogle fagpersoner beskrev, at de havde drøftet deres første tanke om KI med kollegaer. En fagperson fortalte fx, at hun ved ideen om KI som en mulighed, havde drøftet tanken med sin koordinator. De blev i fællesskab usikre på, om KI var det oplagte redskab, og koordinatoren kontaktede samarbejdsorganisationens koordinator. De fandt i fællesskab frem til, at der ikke var behov for en KI, da de vurderede, at borgerens behov fint kunne imødekommes gennem et alternativt, gammelt redskab; netværksmødet.

Som tidligere omtalt, er der koordinatore som dækker flere afsnit/enheder, men det er stort set kun der, hvor fagpersonerne selv sidder, at de søger deres sparring, fx i forhold til at indhente samtykke hos borgeren. Det kan således være kendskabet og den lette tilgængelighed til hinanden, der afgør, om fagpersonerne søger sparringen. Denne antagelse synes bekræftet, hvis blikket rettes mod Fællesteamet på Sundby Hus. En tovholder fra Fællesteamet fortalte, at de samles i teamet og drøfter borgerens situation, når ideen om en KI-plan opstår, og at de lader deres fælles vurderinger fra dette forum være udgangspunktet for det efterfølgende motivationsarbejde med borgeren. Tovholderen beskriver det med egne ord i citatet herunder.

*Fællesteamets borgere er svært syge med skizofreni, og de er rigtig svære at fastholde. Så vi gør det i teamet, at vi samler vores viden om borgeren sammen og snakker sammen om, hvordan borgerens situation ser ud. Så sætter vi os ned med borgeren og prøver at snakke det igennem.*

Fællesteamets arbejdsgang er således på sin vis det omvendte af det typiske KI-møde. I Fællesteamet mødes fagpersonerne tværfagligt og vurderer mulighederne i en KI allerede forud for opstarten af en sådan. Det er muligt netop på grund af dette teams konstellation: fagper-

sonerne fra begge sektorer er samlet i ét team, de kender hinanden og har et dagligt samarbejde. Det betyder også, at de allerede før opstarten af en KI-plan kan koordinere deres tilgange til borgerens forløb, og herunder fx til motiveringen af borgeren. Det betyder også, at det koordinerende samarbejde ikke sker qua KI-planen, men qua en anderledes organisering af samarbejdet, som adskiller sig fra de rammer, der generelt gælder for parterne i KI-planer.

### **Indhentning af samtykke fra borgeren**

Motiveringen af borgerne til at se KI-planer som en relevant mulighed kan have forskellige udgangspunkter og tage form på flere måder. Fagpersonerne synes at beskrive en form for trappe i forhold til, hvor let/svært det er at opnå samtykke fra borgerne: Jo 'tungere' borgeren er, dvs. jo mere svært psykisk syg og des større misbrug borgeren har, des sværere er det at motivere borgeren. Det fremgår af interview-dialogen mellem to fagpersoner, der følger her:

*Motivationsarbejdet tager lang tid og borgerne er meget, meget tunge. Det er langt fra alle borgere, der når målet. Det kan sagtens tage op til et år, at nå der til. Vores målgrupper er meget forskellige. (Kommunal tovholder)*

*Vores målgruppe er lettere – de ved godt, at de er lidt kasterbolde – og vil typisk gerne have en plan, der ændrer på dette. (Kommunal tovholder)*

Motiveringen kan således både være en kort og en langvarig proces, alt afhængigt af det menneske, der skal motiveres, dets historik og nuværende situation.

Hvad der gøres i selve motiveringsarbejdet, varierer. I nogle tilfælde er tovholderen meget direkte, og fortæller, at han eller hun mener, KI er det rette tiltag samt hvorfor, og borgeren samtykker. I andre tilfælde er borgeren allerede tydeligt motiveret og har selv et klart ønske om, hvilke tiltag der skal gøres. I disse tilfælde er motivationsarbejdet let, og borgeren har mulighed for selv at være på banen med at definere, hvorfor det er det rette tilbud. Samtidig fremgår det, at KI – i disse tilfælde – kan understøtte oplevelsen af et mere sammenhængende forløb:

*Min borger var rigtig glad for at få en plan – oplever det som, at der blev sat en stopper for, at hun blev kastet rundt. At det var første gang, der var en fælles plan på tværs af os, der er involveret i forløbet. At psykiatrien har forpligtet sig på forhånd. (Kommunal fagperson)*

I tilfælde, hvor borgeren er modvillig over for KI, og motivationsarbejdet således er længerevarende, kan motivationsarbejdet bestå i at gøre det forståeligt for borgeren, hvad dennes problemer er, og at denne bærer et eget ansvar for egen bedring, samt at KI kan være et redskab til at understøtte bedringen. Borgere, der er modvillige, kan være dette grundet lede ved et system, de har været i længe, og hvor de har fået en oplevelse af, at den ene uvedkommende plan afløser den næste, fortæller fagpersoner. Af den grund vil de ikke indgå i et samarbejde, der centrerer sig om en ny plan. Derfor er et vigtigt redskab i motivationsarbejdet netop, at gøre det begribeligt for borgeren, at KI-planen entydigt tager udgangspunkt i borgerens ønsker. Uden den indgangsvinkel vil borgeren ikke være motiveret for samarbejdet, forklares det i det følgende citat.

*Der kan være noget modstand i at få borgerne med, fordi de har haft milliarder af planer i deres behandlingsforløb, og problemet er jo netop, at de ikke kan finde rundt i planer og indsatser. Så det er svært at sælge den. Det skal være helt tydeligt, hvad gevinsten er for borgeren: at det er deres plan. (Kommunal tovholder)*

Og igen kan en facet af motivationsarbejdet også være netop at sikre, at borgeren faktisk mener sit samtykke og er villig til at kæmpe for egen bedring. Det kan fx være, ved at fagpersonen gør det klart for borgeren, at hvis ikke borgeren selv tager aktiv del, er konsekvensen, at alles tid spildes. Motivationsarbejdet kan således antage mange former.

Er der opnået samtykke fra borgeren, kan det næste trin tages. Trinnet hvor KI-mødet forberedes og arrangeres. Det er i fokus i næste afsnit.

#### 4.1.3 Forberedelsen af KI-mødet

##### Målsætning – Langtidsplanlægning i stedet for brandslukning!



Ifølge baggrundsmaterialet skal tovholderen tale med borgeren om dennes ønsker og mål for behandlingen forud for mødet, og på den måde forberede borgeren til mødet samt have et grundlag at arbejde ud fra på selve KI-mødet.

Som det fremgik af forrige afsnit, er der borgere, der har klare mål for, hvad de ønsker. I sådanne tilfælde giver målsætningsarbejdet sig selv, for, såfremt målene vurderes realistiske og rimelige, er formålet med mødet givet: at skabe den opbakning og argumentation, der betyder, at forløbet kan bevilliges. For andre borgere spiller tovholderne en mere aktiv rolle i at definere mål for borgerne. Det varierer dog, hvor meget tovholderne aktivt arbejder med at definere mål sammen med borgeren forud for mødet. I nogle tilfælde er det således ikke borgerens mål, de mødes om til KI-mødet, men blot en erkendelse af, at borgerens situation er uholdbar, og nødvendigheden af, at der findes en løsning. Det illustreres i dette citat.

Målene har været – jeg ved ikke, om der har været nogle meget konkrete mål. Situationen har været uholdbar – og det var det, vi skulle få styr på. (Regional tovholder)

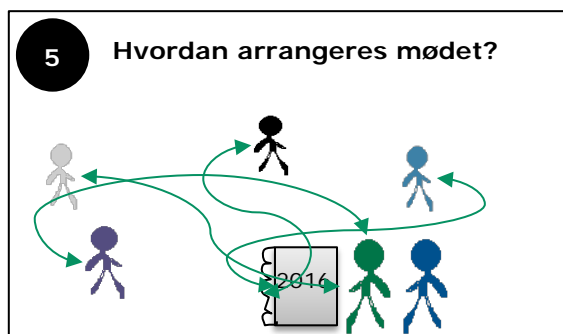
Tovholderne fortæller desuden, at de ikke som sådan arbejder med at prioritere mål for forløbet sammen med borgeren forud for KI-mødet. Det gøres i stedet på mødet efter de tværfaglige drøftelser, og/eller ved at fagpersonerne snakker sammen forud for mødet og afstemmer deres vurderinger af, hvad der kan være en fremadrettet plan for borgeren.

En barriere for at arbejde med mål gik igen i fagpersonernes fortællinger: KI-planen repræsenterer en langtidsplanlægning, der er svær – måske slet ikke mulig – for mange borgere med dobbeltdiagnose. Forløbene for borgere med dobbeltdiagnose er ofte kaotiske og svære at forudsige, som det forklares i citatet nedenfor.

Vi arbejder jo ofte med brandslukning, for ofte er problemerne opstået. Måske har borgeren ikke ønsket, at vi skulle tage hånd om et problem, før det er opstået. Boligløshed... Det er svært at arbejde langsigtet, når det er meget akut... Ideelt set er der altid koordinerende planer, men det er bare ikke altid muligt. Det er ikke altid, at borgeren er med på det, før det er gået galt. Noget kan kun løses, når det opstår. (Regional leder)

Således kan fagpersonernes arbejde med målsætning forud for mødet tage form på mange måder, og resultere i mere eller mindre faste mål som udgangspunktet for KI-mødet.

## At finde og invitere de rette personer til KI-mødet



Første trin i at arrangere mødet er ifølge baggrundsmaterialet at beslutte, hvem der skal inviteres til KI-mødet. Denne beslutning skal tovholderen træffe sammen med borgeren. Næste trin er herefter at invitere de udvalgte fagpersoner og pårørende, samt forberede dem på mødet. Ifølge baggrundsmaterialet skal tovholderen bede mødedeltagerne forberede et mundtligt oplæg om deres samarbejde med borgeren.

### Beslutningen om, hvem der skal inviteres

Fagpersonerne tager to kilder i brug for at finde frem til, hvem der skal inviteres; deres dokumentationssystem og borgeren selv, som det fremgår af citatet nedenfor.

*Vi kan se det (hvilke fagpersoner der er tilknyttet borgeren, red.) i systemerne, og vi får det fra borgeren. Vi baserer det på et fagligt skøn, hvem der skal med. Det er ikke svært at vurdere. (Kommunal tovholder)*

De der inviteres, er dem, der er tilknyttet borgeren i forvejen, og som spiller en aktiv rolle i arbejdet med de problematikker, der er omdrejningspunktet for KI-mødet, herunder også pårørende.

Det er vigtigt ikke at invitere flere end de, der er relevante, pointeres det af fagpersoner, for det kan i negativ forstand virke meget overvældende for borgeren såvel som for tovholderen, når mange fagpersoner er samlet for at drøfte borgerens situation. Som eksempel fremhæves et KI-møde med mere end 10 deltagere. Det blev oplevet u hensigtsmæssigt, også selvom det høje deltagerantal skyldtes, at borgeren selv udpegede, hvem der skulle deltage i mødet.

Hertil kommer endnu en overvejelse hos nogle fagpersoner – skal det alene være personer, borgeren kender, der skal inviteres, eller skal det tilstræbes, at der er deltagere med beslutningskompetence, fx ledere eller medarbejdere fra visitationen? At alle er kendte, giver borgeren tryghed. At have beslutningskompetente deltagere kan fremme fremdriften i borgerens forløb. Overvejelsen forklares i citatet der følger.

*Der var to ledere med til mit møde – jeg havde ikke min egen med. Efterfølgende tænkte jeg, der skulle have været en med fra vores myndighedsafdeling. Jeg var i tvivl om, hvad de kan tilbyde ... om visitationskriterierne. (Kommunal tovholder)*

Det fremgår således af ovenstående, at selve det at identificere relevante mødedeltagere ikke er problematisk. De to kilder – dokumentationssystemet og borgeren selv – giver et fint overblik. Beslutningen kan i næste led problematiseres i overvejelserne om, hvordan der skabes det bedste møde, hvor

- antal mødedeltagere
- borgerens følelse af tryghed
- tilstedeværelsen af beslutningskompetence
- synes at være tre facetter, der skal balanceres.

At beslutningen om, hvem der skal deltage i KI-mødet, skal tages sammen med borgeren, opleves dog af regionale og kommunale informanter som en potentiel, direkte barriere for at

arbejde med KI. Fagpersonernes vurderinger af, hvilke samarbejder der skal etableres, for at der kan skabes forandringer, harmonerer ikke altid med borgerens – og hvis borgeren ikke ændrer mening, kan muligheden for en KI-plan være udelukket. På den måde kan borgerens direkte indflydelse på det tværfaglige samarbejde opleves som en hindring for, at et samarbejde etableres. En fagperson beskriver således også, at dét redskab, der udgør alternativet til KI, *netværksmødet*, kan prioriteres over at arbejde frem imod en KI, fordi de her ikke er begrænsede af at skulle indhente borgerens samtykke til hver enkelt fagpersons deltagelse.

*Det er meget lettere at indkalde til rundbordssamtale, for der skal ikke indhentes ekstra samtykke. Vi informerer borgeren om, at vi holder rundbordssamtale. (Kommunal tovholder)*

### **Kalenderymnastikken...**

Når der er opnået enighed om, hvem der skal inviteres til KI-mødet, er næste trin af forberedelsen at få arrangeret selve mødet. Det trin betegnes som et omfattende og tidskrævende puslespil; at få alles kalendere til at gå op og få et møde i stand. Det beskrives i citatet herunder.

*Det kræver meget papir og telefon. Det tog lang tid at koordinere – bare at finde en time, hvor vi kunne sidde sammen. Men der var velvilje, selvom alle er travlt optaget (...) Det tog tre uger fra ide til møde. (Tovholder, Psykiatrisk Center)*

Selvom det opleves som en omfattende opgave, oplever tovholderne i kommune såvel som region, at det sker i en god stemning. De oplever således gensidig velvilje til samarbejdet og til at hjælpe borgeren – en oplevelse, der af nogle fremhæves som en positiv overraskelse og netop som et brud med fordommen om, at 'de andre' forsøger at skubbe borgeren fra eget regi til det andet, jf. afsnit 1.3.

Der synes at være en uskreven regel om, at mødet holdes hos dem, der inviterer. Dog pointerer tovholdere fra psykiatrien, at lægerne ikke kan tage ud af huset. Dette forbehold kan vise sig at være formende for praksis, hvis de kommunale aktører i højere grad begynder at arrangere KI-møder, og kan evt. være en barriere for, at læger deltager i møder arrangeret af kommunale tovholdere, eller alternativt at de kommunale fagpersoner må påregne ekstra transporttid, og at regionale kræfter må stå for det praktiske i forhold til lokaleplanlægning og forplejning.

### **Forberedelsen af mødedeltagerne**

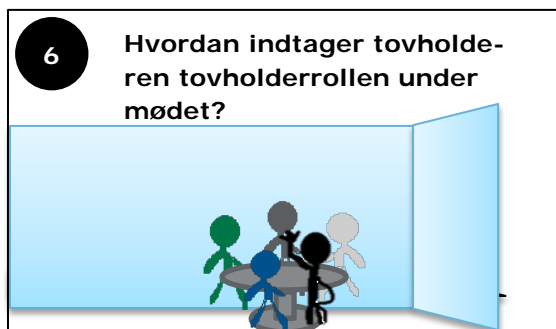
I forbindelse med mødeinvitationen tages også de første indledende dialoger, skrevne såvel som mundtlige, om formålet med mødet. De drøfter fx kort borgerens problematikker, og hvad formålet med mødet er. Her adskiller praksis sig ikke fra, hvad de gør, når de indkalder til netværksmøder, fortæller tovholdere, og der er således ikke tale om, at tovholderne har antaget en ny praksis i forbindelse med anvendelsen af KI. De beder typisk ikke deltagerne om at forberede et mundtligt input til den indledende runde på KI-mødet, sådan som det er lagt op til i vejledningen.

## **4.2 Selve KI-mødet ...**

Dette afsnit omhandler fagpersonernes oplevelser af de forskellige elementer, som KI-mødet består af. Derfor består afsnittet af en række underafsnit, som hvert tager fat på specifikke delelementer.

Ifølge baggrundsmaterialet skal tovholderen indtage rollen som mødeleder og referent på selve KI-mødet. Det betyder, at der er en række beskrevne opgaver, som tovholderen skal varetage, herunder:

- Byde velkommen
- Gennemgå indsatsplanens punkter og give en god optakt til dem
- Igangsætte og lede præsentationsrunden, hvor der fagpersonerne bl.a. fortæller om deres indsats i forhold til borgeren
- Sikre, at fokus er fremadrettet, ikke bagudrettet
- Inddrage mødedeltagernes synspunkter og sikre, at alle bliver hørt – med særligt fokus på at give talerum til borgeren og inddrage vedkommendes perspektiver undervejs og i prioriteringer
- Løbende samle trådene, så det bliver klart, hvorvidt mødedeltagerne er enige eller uenige
- Sikre, at der nås fælles vurderinger af, hvad der er borgerens mest akutte og største udfordringer, opliste borgerens vigtigste målsætninger for nærmeste fremtid og prioritere indsatser og tydelige aftaler i forhold til dem
- Udfylde KI undervejs
- Styre mødet med øje for tiden og fremdrift
- Runde mødet af med et resumé af mødet, dvs. det, der er noteret i KI
- At få enighed om processen fremadrettet og aftalt en dato for næste KI-møde.



### At indtage tovholderrollen

Tovholderne fortæller, at de har forberedt sig på at indtage tovholderrollen på KI-mødet ved at læse om afholdelse af KI-møder i vejledningerne, og at de i overvejende grad har fulgt 'skabelonen' for mødet, dvs. punkterne, der er beskrevet ovenfor.

De har således budt velkommen og indledt med en runde, hvor alle fortæller om deres indsatser i forhold til borgeren. Runden opleves som et godt afsæt for det videre møde, fortæller tovholderne, fordi den sikrer, at alle sidder med en fælles forståelse: dén forståelse, som tovholderen opnåede gennem forberedelsen af og invitationerne til mødet. De interviewede kommunale fagpersoner fandt det meningsfuldt at skulle forberede et lille oplæg, som det illustreres i citatet herunder.

*Jeg blev bedt om at forberede mig. De bad, om jeg kunne lave et lille oplæg om de tilbud, vi havde til rådighed. Så kunne de få viden til andre tilfælde. (Kommunal fagperson)*

Til forskel beskrev de regionale fagpersoner, at de ikke var blevet bedt om at forberede sig og forud for mødet ikke vidste noget om det, men blot deltog i rollen som *dagens kontaktperson* for borgeren.

*Det var som dagens kontaktperson, jeg var der – også sammen med en psykolog. Der var ikke noget særlig forberedelse. Psykologen spurgte mig også om, hvad der skulle ske på mødet, inden det startede. Jeg vidste det ikke. (Regional fagperson)*

Efter runden tages næste trin i mødet, hvor borgerens situation drøftes. Fagpersonerne beskriver, at mødestrukturen ikke kan holdes så stramt, som den fremstilles i vejledningerne, og det gælder særligt, når de øvrige mødedeltagere ikke kender til KI. Tovholdere fra begge sektorer

deler oplevelsen af, at de øvrige deltagere ofte ikke kender til KI og derfor er helt uforberedte på den stramme mødestruktur, som fx illustreret i det følgende citat.

*Det var lidt svært at være ordstyrer. Der var ingen af de andre, som kendte noget til KI. Jeg troede, at alle kendte KI, men det gjorde de ikke. Der var ingen, som var forberedt på den stramme struktur. Jeg forsøgte at holde mig til planen... og vi kom omkring. (Regional tovholder)*

Interviewene med de øvrige fagpersoner bekræftede tovholderens oplevelse af, at de øvrige fagpersoners kendskab til KI er mangelfuldt, såvel som de viste, at de øvrige fagpersoner ikke betragter KI-møderne som forskellige fra andre samarbejds møder, og som således heller ikke allokerer ressourcer til at tilgå møderne på en anden måde.

*Jeg anede ikke, hvad der skulle ske. Mødte bare op, fordi jeg var indkaldt. Jeg betragter det også bare som et samarbejds møde. Jeg forberedte mig på, hvad jeg gerne ville have, der skulle ske. Jeg havde et bestemt mål – så alt det omkring var jeg ligeglad med – jeg ville bare videre med personen. (Kommunal fagperson)*

*Vores socialrådgiver informerer bare om, at der er et møde på den og den dato, og så tager jeg med som borgerens kontaktperson. Jeg troede bare, det var et netværksmøde. (Regional fagperson)*

Mødedeltagere, der ikke er forberedte på mødestrukturen, opleves således i særdeleshed at kunne gøre det svært at indtage ordstyrerrollen på mødet og holde den beskrevne struktur med fx et fremadrettet fokus med løbende opsamlinger af, hvad der nås frem til. Det kan betyde, at punkterne blandes sammen. Dog, pointerede tovholderne, er det muligt at styre mødet, således at de stadig når nogenlunde omkring alle punkter.

Interviewene viser netop, at referent-rollen kan opleves uforenelig med også at varetage ordstyrerrollen. Det fremgår fx af citaterne nedenfor.

*Det gik helt galt med at skulle skrive undervejs – det kunne jeg ikke. Så det gjorde jeg bagefter. Det kræver flere overvejelser og mere stringens, som man ikke er vant til på almindelige netværksmøder. (Regional fagperson)*

*Jeg har kun været mødeleder en gang. Der er meget at holde styr på! Referat, skrive plan osv. Det er meget på en time. Vi fulgte den struktur, der er givet til KI-mødet. Det gav mening, men det gled også lidt undervejs. Det kræver øvelse – også mere, end jeg har nu. (Kommunal fagperson)*

En tovholder beskriver, at dét, der samles op på selve mødet, kan fremstå uklart, og at hun af den grund, i nogle tilfælde vælger at skrive referatet efterfølgende. Ved at gøre dette kan hun altså skrive et bedre referat, synes hendes egen vurdering at være, hvilket fremgår af citatet.

*Andre gange har det mere kørt som et almindeligt netværksmøde, hvor jeg har skrevet det sammen efterfølgende. Jeg prøver at samle op til sidst, men nogen gange bliver det lidt uklart. Det har gået fint med at få referatet ud efterfølgende, for der er nikket overordnet til det på møderne. Og der er ikke nogen, som har været uenige efterfølgende. (Regional tovholder)*

Tovholderne har således ikke oplevet problemer med at udarbejde referatet efterfølgende, fordi, forklarer de, alle har nikket accepterende til indholdet på selve mødet, og de efterfølgende skriftlige referater er således alle godkendt uden kommentarer.

Udfordringen synes at være at være til stede i to roller på én gang: dels at holde styr på (de mange) fagpersoners, borgers og pårørendes forskellige input, dels at lede mødet gennem at opsummere, konkludere i plenum *og tage sig tiden under mødet* til at skrive det ned. Når det samtidigt er erfaringen, at det er problemfrit at anvende en allerede velintegreret praksis med at udarbejde referatet efterfølgende, fastholdes denne praksis.

Interviewene viser, at det varierer om der aftales et opfølgende KI-møde for at følge op på de aftaler der indgås. Det fremgår samtidig, at der for en del planer ikke har været opfølgende møder. En årsag er, forklares det, at det kan være meningsløst at planlægge, fordi nogle borgers situation ændres meget hurtigt, og det derfor ikke er sikkert, det er de samme fagpersoner, der er relevante, få måneder senere. Det opfølgende møde synes således ikke at blive koblet direkte til en opfølgning på de mål, der sættes på mødet, men snarere at blive betragtet som selvstændige møder, der betragter borgerens situation på et givent tidspunkt.

En anden årsag, forklares det, er, at det kan være svært at vurdere, hvornår det rette tidspunkt for det opfølgende møde vil være. Det var fx tilfældet med en borger, hvor fagpersonerne efter det første møde talte om, at der skulle være et opfølgende møde, fordi de kunne se, at borgeren nu var i udvikling. Mødet blev dog aldrig afholdt, fordi borgeren sprang fra det aftalte tilbud.

Den tværgående erfaring i forhold til praktiseringen af tovholderrollen synes således at være, at opgaven er krævende og for nogen uoverskuelig, *fordi* de i rollen skal

1. lede mødet, hvilket ikke i sig selv er en uvant eller for tung opgave, men bliver det fordi
2. mødet skal ledes efter en stram struktur, som er uvant for dem selv og de øvrige deltagere, samt at de skal
3. være referent in situ.

## 4.3 Udbyttet af KI-møderne ifølge fagpersonerne

### 4.3.1 Det personlige møde opleves positivt

Det personlige møde mellem fagpersonerne ved KI-møderne har positiv værdi for deltagerne.

Det medfører fx, at fagpersonerne åbner sig op og finder fælles løsninger, dvs. løsninger, der også bløder op på stivheden i deres respektive systemer. Det kan eksempelvis være, at man i regi af mødet påtager sig opgaver, man uden for dette regi ville have afvist, fortæller en kommunal medarbejder.

*Vi arbejder i meget stive systemer. KI kan være med til at lukke op. Fx at man siger, "okay, så tager vi den her", selvom den måske ikke ligger klokkeklart inden for det, vi skal. (Kommunal fagperson)*

Som en anden fagperson fortæller, sker der noget i selve dét at mødes in persona og i dét at få indblik i den viden/erfaringer, de øvrige fagpersoner har med en borger. Det fremgår også, at det gode samarbejde baserer sig på bestemte 'spilleregler': Et vist kendskab til hinanden er nødvendigt, man skal være lyttende og anerkendende. Interviewpersoner fra begge sektorer beskriver, således, at de til konkrete KI-møder har oplevet en positiv velvilje fra fagpersonerne fra den anden sektor:

*Vi sidder og væver rundt – og borgeren græder og beklager, at vi alle sidder der for hans skyld. Hans hjem roder. Der er affald der hober sig op. Men han er svær at*



*motivere til at tage imod hjælp. Men på mødet oplever jeg, at der er (kommunal) velvilje til at bevillige hjælp til at få styr på hjemmet... det var lidt en øjenåbner for mig. (Regional fagperson)*

#### 4.3.2 Når KI-møderne fungerer godt, skabes der ny viden

Møderne mellem fagpersonerne bidrager positivt til deres arbejde, pointerer medarbejdere på tværs. De kan fx gå fra møderne med en større indsigt i hinandens organisationer og muligheder for at agere i forhold til borgeren. De kan gå fra møderne opløftet af at have erfaret, at de alle, på tværs af sektorer, arbejder for det samme, nemlig at borgeren skal få det bedre – uagtet at de alle har forskellige handlerum qua deres organisatoriske tilhørsforhold. Det er motiverende og engagerende at mærke, at de alle vil borgeren det bedste, er budskabet fra disse interviewpersoner. Det åbner mulighederne for samarbejdet efterfølgende, hvor det fx er nemmere at tage kontakt til hinanden. Det kan give nye indsigter, som fagpersonen i citatet herunder illustrerer:

*På mange måder var det et godt møde, fordi man fik sat ansigt på alle de andre behandlere, der er inde over hans forløb. Jeg fik en anden viden om borgeren, for der var stor divergens mellem det, borgeren fortæller, og det, de andre fagpersoner kunne fortælle. Det var noget særligt at være samlet så mange mennesker. (Regional fagperson)*

Hvorvidt det personlige møde giver et positivt udbytte, er bl.a. betinget af mødedeltagernes indstilling. Medarbejdere i begge sektorer beskriver således oplevelser med fagpersoner fra 'den anden sektor', som var negativt indstillede på mødet, og fx ikke ville påtage sig noget ansvar og var afvisende over for enhver involvering. Det opleves som en hindring for et godt samarbejde på selve mødet, såvel som efterfølgende:

*Den kommunale misbrugsbehandler mente ikke, at borgeren ville profitere af mere misbrugsbehandling. Jeg oplevede at misbrugsbehandleren var meget afvisende fra starten af. Meget negativ – "hvorfor sidder jeg her?" Misbrugsbehandlerens tilgang var tilbagerettet i stedet for fremadrettet. Misbrugsbehandleren afviste på baggrund af historikken, og tilbød ikke, at vi kunne ringe efterfølgende. (Regional fagperson)*

#### 4.3.3 KI-mødet kan styrke koordinering og fremdrift i borgerens forløb

Den modstand, der beskrives i citatet, kædes i interviewene sammen med, at fagpersonerne har et alternativt redskab, netværksmødet, som betyder, at mange har svært ved at se formålet med KI-planer. Der er dog enkelte af de interviewpersoner fra Amager, som har flest erfaringer med KI-planer, der udfordrer denne antagelse.

Det fremgår således, at netværksmøderne på samme måde som KI, er et forum til fælles drøftelse af borgerens problematikker: Netværksmøderne har dog den væsentlige mangel, at udkommet ikke koordineres på samme strukturerede måde, som det er tilfældet med KI'er. Det forklares fx i citaterne nedenfor:

*Vi har jo netværksmøder og alt muligt. Problemet er bare, at vi skriver i hver vores journaler, og man kan ikke se, har ikke et fælles arbejdsredskab, hvor man kan følge det. (...) Vi har brug for, at vi alle har været med til at skrive ned, hvad vi går herfra og gør, for ellers har vi jo ingen plan med hjem. Vi har jo brug for det fælles dokument, der viser, hvad den fælles plan er. Vi skriver under på det samme. Og vi kan se hinanden. (...) Vi kan jo ikke vide, om de skriver noget andet ind, når de kommer*

*hjem (efter netværksmødet), fordi nogle andre så siger noget andet... og der har vi ikke noget dokument, der gør, at vi bagefter kan sige, hvorfor gør I ikke, som vi aftalte. (Regional leder)*

*Der mangler gode referater af samarbejds møder. Planen er meget god. Overskuelig og relevant. Også bare det, at der er navne på dem der var med. (Kommunal fagperson)*

Som det pointeres ovenfor, er der risiko for brud i dét, der ellers er en fælles koordinering, der finder sted på netværks møderne – bl.a. fordi der ofte mangler et struktureret referat/plan for det efterfølgende forløb. KI opleves desuden at have en mere forpligtende karakter end netværksmødet, som det pointeres i citatet herunder:

*Jeg tror, der er mere fokus på KI i organisationerne. KI giver bedre respons, end hvis man siger netværksmøde. (Regional fagperson)*

Flere fagpersoner beskriver, i forlængelse heraf, at de har oplevet, at KI-arbejdet skabte større fremdrift i borgernes forløb. Eksempelvis opleves selve dét, at mål og prioriteter er skrevet ned, at give ordene større legitimitet blandt aktører i organisationerne, der ikke deltog i selve KI-mødet. En fagperson fra beskrev fx, at den besluttede behandling blev realiseret hurtigere, fordi oplægget var velforberedt og velargumenteret.

*Også det med at forløbet gik hurtigere, fordi det var velforberedt. Vi aftalte også, at jeg skulle sende referatet hurtigt, så der kunne blive taget stilling. (Regional fagperson)*

På samme måde er der kommunale fagpersoner, som oplever, at referatet i KI gav legitimitet til udsagnet om, at psykiatrien ikke havde noget tilbud, og derfor forløb den interne sagsbehandling lettere.

*Vi kunne bruge indsatsplanen som afsæt for at få en bevilling, fordi det her er dokumenteret, at psykiatrien ikke har noget tilbud. (Kommunal fagperson)*

*Jeg har brugt den til at få en bevilling hjem – der er rigtig mange mennesker, som syntes, det her er vigtigt – og lagt planen ved min indstilling til visitationsudvalget. Det har virket godt. Den sætter ligesom trumf på. Det virker så godt, at visitationsudvalget er begyndt at interessere sig for den. (Kommunal fagperson)*

Endelig er der også en fagperson, der peger på, at KI-planerne i højere grad har potentiale til at blive borgerens plan:

*Vi fagpersoner har jo hver vores plan, som vi skal lave – behandlingsplan, handleplan m.m. Men denne plan [KI-planen], den er borgerens plan. Her er det borgerens prioritering af, hvad der er vigtigt, som kommer i spil, og ikke, hvad vi som fagpersoner hver især synes, at der skal gøres. (Kommunal fagperson)*

## 4.4 Opsamling

Kapitlet har præsenteret fagpersonernes konkrete erfaringer med og strategier for at oprette KI-planer, forberede og gennemføre KI-møder, opfølgningen på disse samt det oplevede udbytte. Det fremgår, at der er mange delelementer, der skal gennemføres, for at realisere en

KI-plan, samt at flere af disse har potentiale til at stoppe arbejdet med KI-planen. Dette kan både ske i det konkrete forløb, eller ved at arbejdsbyrden opleves så tung, at KI-planen fravælges, når tanken om en KI-plan igen opstår i relation til en borger. Det er således et snævert nåleøje, de potentielle KI-planer skal igennem for at blive til noget.

At få et KI-møde op at stå opleves af fagpersonerne som en omfattende arbejdsopgave. Der skal lægges meget arbejde i motivation af borgeren og koordinering på tværs af fagpersoner. Fagpersonerne beskriver, at de kun i mindre grad trækker på koordinatorene i den indledende fase, såvel som der synes at være en tendens til, at fagpersoner primært kontakter koordinatoren, hvis de kender vedkommende. Borgerens samtykke er en forudsætning for, at der kan arbejdes med KI, og der arbejdes således i den tidlige fase af KI med at sikre dette samtykke såvel som for, at borgeren er motiveret for et KI-samarbejde. Fagpersonerne beskriver, at der er stor forskel på borgerne. Nogle er motiverede fra begyndelsen, andre er ikke og kan være svære at motivere. Motivationsarbejdet kan fx bestå i at gøre det forståeligt for borgeren, hvad dennes problemer er, at KI-planen tager afsæt i borgerens egne ønsker, såvel som, at det er vigtigt, at borgeren selv tager ansvar for at skabe forandring. Det varierer, om fagpersonerne forud for KI-mødet samarbejder med borgeren om at sætte mål for KI-forløbet, bl.a. fordi KI-planerne lægger op til, at der skal arbejdes med langsigtede mål, mens fagpersonerne vurderer, at det i mange tilfælde kun er realistisk at arbejde med 'brandslukning' af akutte problemer.

Når der er fundet borgere med en fast tilknytning i begge sektorer, som indvilliger i at få en KI-plan, er opgaven med at identificere oplagte mødedeltagere let og varetages ved at orientere sig i dokumentationssystemet og i dialog med borgeren. Fagpersonerne oplever dog at stå i et dilemma omkring, hvorvidt de for at øge borgerens tryghed under mødet alene skal invitere fagpersoner, borgeren allerede kender, eller om de skal invitere fagpersoner med beslutningskompetence for at sikre fremdrift i borgerens forløb. Borgeren skal dog samtykke til, at de konkrete personer inviteres, og det oplever nogle kan være en barriere for, at der kan inviteres de rette fagpersoner, og som følge heraf, for at der kan udarbejdes en KI-plan. Opgaven med at få kalenderlogistikken omkring KI-mødet til at gå op opleves som tung og tidskrævende, men tovholderne mødes af velvilje fra de inviterede. Fagpersonerne oplever ikke at blive bedt om at skulle forberede et oplæg til mødet.

Under selve KI-mødet opleves tovholder-rollen som svær at varetage, fordi det er svært at lede møderne efter den stramme struktur, vejledningerne lægger op til, og fordi det er svært både at indtage mødeleder-rollen og referent-rollen. En faktor, der kan komplicere mødelederopgaven er, hvis de øvrige mødedeltagere ikke har kendskab til KI-mødernes struktur. For at lette mødelederrollen varetages referent rollen i nogle tilfælde af en anden fagperson, og i andre har tovholderen først skrevet referatet efterfølgende. Hvorvidt borgeren inddrages undervejs i mødet afhænger af flere forskellige faktorer, herunder om borgeren er til stede, og om medarbejderne vurderer borgerens kognitive funktionsniveau adækvat til inddragelse.

De fagpersoner, der har et reelt erfaringsgrundlag med KI-møder, oplever, at der er et positivt udbytte af at mødes til KI-møderne, når de oplever en fælles velvilje til at hjælpe borgeren. Det giver bedre indsigt i borgeren, fremmer, at der findes løsninger, og at der tages ansvar. Det betyder til gengæld også, at mødedeltagernes indstilling er et sårbart led i afholdelsen af gode, konstruktive møder, hvor negativt indstillede fagpersoner udgør en barriere for et samarbejde.

Fordi fagpersonerne oplever udfordringer i arbejdet med KI-planen, er flere tilbøjelige til at anvende et alternativt redskab til at etablere et samarbejde om komplicerede borgere: net-

værksmødet, som de allerede kender og anvender. Dets arbejdsgange er lettere, og flere oplever, at udbyttet er tilfredsstillende. De fagpersoner, der har flest erfaringer med KI-planer, fremhæver dog KI som havende et større potentiale end netværksmødet: KI-mødet samt KI-planen har større legitimitet og synes at kunne skabe en bedre fremdrift i borgernes forløb. Problemet er blot, at afvejes arbejdsbyrde med udbytte, synes netværksmødet at vinde hos det store flertal fagpersoner.

## 5 Konklusion og anbefalinger

Evalueringen viser, at der er lagt et stort arbejde i at forberede og afprøve KI-planer forud for implementeringen i en bredere kontekst. For det første er der etableret en fælles og sammenhængende implementeringsmodel, der involverer en række eksisterende nøglefunktioner og ressourcer på dobbeltdiagnoseområdet. For det andet har der været en projektledelse, der har haft mulighed for at tage et aktivt ansvar for de mange udviklingsopgaver, der har understøttet det lokale arbejde med at implementere KI-planer. For det tredje er der på udførende niveau etableret et korps af koordinatore og nøglepersoner med ansvar for lokal implementering og gennemførelse af KI-planer samt formaliserede muligheder for at tværsektoriel dialog på tværs af sektorerne. For det fjerde er arbejdet med KI-planer pilottestet på PC Amager og i omkringliggende kommunale enheder, så der har været mulighed for at justere konceptet forud for udrulningen i en større geografi. For det femte er der gennemført en omfattende informationsindsats, som både understøtter implementeringen af KI-planer og i en bredere kontekst understøtter en igangværende udvikling i retning af et styrket samarbejde om borgere med dobbeltdiagnose.

### 5.1 Implementeringsmodellens møde med praksis

Erfaringerne fra Amager viser, at implementeringsmodellen på mange måder understøtter den lokale implementering, når deltagerne har tid til at udvikle og implementere indsatsen, samtidig med at der er tydelig ledelsesmæssig opmærksomhed på dette. Pilotafprøvningen på Amager har endvidere understøttet et ejerskab til KI-planer, der har resulteret i, at implementeringsmodellen i relativt stort omfang er realiseret i praksis. Der er således gennemført en systematisk gennemgang af borgere, for at igangsætte KI-forløb og få erfaringer med indsatsen, ligesom der undervejs er justeret på tilgangen til implementering. Resultatet er, at der på Amager findes ledere og fagpersoner, der ser KI-planerne som en positiv mulighed og involverer sig aktivt i at implementere indsatsen. I forlængelser heraf er der også givet eksempler på, at KI-møderne, når de fungerer godt, kan:

- Styrke relationerne mellem de involverede fagpersoner og bidrager med overblik og fælles forståelse for borgerens forløb
- Give bedre mulighed for at tænke langsigtet end almindelige netværksmøder
- Understøtte fremdriften i borgerens forløb, bl.a. fordi referatet og den bredere deltagerkreds giver et bedre beslutningsgrundlag for de myndighedsfunktioner, der efterfølgende skal tage stilling til, hvilke tilbud borgeren visiteres til.

På og omkring PC Frederiksberg og PC København startede arbejdet med KI-planer først for alvor i sommeren 2016. Det betyder, at der ved udgangen af 2016 kun var igangsat 2 KI-planer. De konkrete erfaringer med KI-planer er således meget begrænsede, og der er i mindre grad end på Amager identificeret ledere og fagpersoner, som aktivt arbejder med at implementere KI-planer. Evalueringen indikerer således, at udrulningen af KI-planer i en bredere organisatorisk kontekst tager tid og fordrer et vedvarende ledelsesmæssigt fokus. Ikke mindst i lyset af at opmærksomheden på KI-planer indtil videre ser ud til at være delvist udkonkurreret af omorganiseringer på misbrugsområdet, samt arbejdet med at etablere 'Huset for Psykisk Sundhed'.

Evalueringen viser også, at der – uagtet i hvilket omfang fagpersoner og ledere har involveret sig i implementeringen af KI-planer – er en række grundlæggende barrierer, som står i vejen

for, at KI-planen i sin nuværende form får den ønskede udbredelse og betydning på udførende niveau. Barriererne – der fremstår konsistent på tværs af KI-planernes første erfaringsopsamling og vores interview med involverede ledere, koordinatore og fagpersoner – knytter sig især til at:

- Kriterierne om at borgeren skal have en fast tilknytning i både psykiatrien og misbrugsbehandlingen, ses som en udfordring, fordi det ikke er i de fælles forløb, fagpersonerne ser det største behov for KI-planerne. I stedet har (især de kommunale fagpersoner) et ønske om at anvende KI-planerne som løftestang for at etablere flere fælles forløb.
- Samtykke og borgerens aktive medvirken er med til at mindske målgruppen. Der ses et dilemma i, at de borgere, der har mest brug for KI-planerne også er dem, som er sværest at motivere og involvere aktivt i at lægge langsigtede planer for deres forløb. Der er også en bekymring for, om KI-planen og setuppet omkring denne er for tung at arbejde med, når der opstår behov for at ændre de planer, der er lagt.
- Usikkerhed omkring rollen som tovholder og ordstyrer og oplevelsen af, at der er tale om en (for) stor opgave, får mange fagpersoner til på forhånd at afskrive arbejdet med KI-planer.
- KI er et lille element, der skal implementeres i mange fagpersoner og enheders hverdag for at fungere. Planerne forsvinder let i en travl hverdag, og der er en tendens til, at ansvaret for KI-planer – på samme måde som de mest ressourcekrævende borgerforløb – skubbes rundt mellem aktørerne.
- Der efterlyses tydelige succes historier, som kan bruges til at illustrere nytten af KI-planer – men der er endnu ikke skabt nogen. Tværtimod er der mange som fortæller om KI-planer, der er sat i gang – primært for projektets skyld – hvilket også afspejles i, at der ikke har været det forventede udbytte. De fleste interviewpersoner oplever muligheden for at holde netværksmøder, som en kendt løsning, der er lettere at arbejde med, samtidig med, at disse i det store de giver lige så gode resultater, som KI-møder.

Oplevelsen af de beskrevne barrierer er udbredt, og de giver et billede af, at KI-planer i sin nuværende form vil være vanskelige at implementere og fastholde som en fast rutine i organisationernes hverdag. Det kan være vanskeligt at vurdere, hvor grænsen mellem reelle barrierer, usikkerhed over for opgaven og manglende overskud og vilje til at forholde sig til KI-planer går. Som nævnt i evalueringens opgaveforståelse er det dog værd at nævne, at dobbeltdiagnoseområdet generelt er præget af en række udfordringer for samarbejdet. Tidligere projekter og undersøgelser på området (se fx 5-12 i litteraturlisten) har bl.a. identificeret, at der er betydelige udfordringer på følgende områder:

- Store kulturelle forskelle i syn på bl.a. borgerens problemer og behandling
- Uklare eller manglende beskrivelser af grænseflader og overgange
- Manglende ledelsesmæssig opbakning til at prioritere samarbejdet
- Manglende it-understøttelse på tværs af region og kommune.

KI-planerne – og organiseringen omkring dem – har netop til formål at adressere disse udfordringer, som igennem mange år har vist sig notorisk vanskelige at ændre. Det er langt hen ad vejen disse grundlæggende udfordringer, de involverede medarbejdere stilles over for, når de involverer sig i det konkrete arbejde med KI-planerne. Set i det lys, syntes det klart, at der er behov for – men også muligheder for – at justere implementeringsstrategien og konceptet for KI-planer for at understøtte den fremadrettede udbredelse. Disse muligheder er i fokus i nedenstående anbefalinger.

## 5.2 Fremadrettede anbefalinger

### 5.2.1 Projektledelsens fremtidige rolle

Det er KORAs vurdering, at der også fremadrettet vil være behov for en dedikeret projektledelse til at understøtte KI-planer og udviklingen af relationer på tværs af de involverede enheder og medarbejdere. På baggrund af de beskrevne barrierer for implementering, der findes ude i organisationerne, er det svært pege på nye initiativer fra projektledernes side, der i sig selv vil øge implementeringen væsentligt. Der er dog enkelte justeringer af de hidtidige initiativer, som kan involvere projektlederne:

Deltagerne på Fælles Skolebænk og temadage for nøglepersoner bør være mere ligeligt fordelt mellem kommunalt og regionalt ansatte, så deltagerne får de bedst mulige forudsætninger for at opnå kendskab til hinandens organisationer og få ansigt på hinanden.

Fælles skolebænk for fagpersoner kan ændres, således at den minder mere om temadage for nøglepersoner, da disse vurderes bedre en Fælles skolebænk.

Gruppearbejde med deltagere fra begge sektorer, hvor fagpersonerne diskuterer cases med afsæt i KI-planen, kan prioriteres, da det fremmer deltagernes oplevelse af relevans og erfaringer med at drøfte cases inden for rammerne af KI.

### 5.2.2 Styrket koordinering af deltagelsen i tværsektorielle uddannelses tiltag

Pointerne om projektledelsens rolle i fælles uddannelsesaktiviteter kan spejles i nedenstående anbefalinger til kommuners og regionale enheders fremadrettede prioriteringer af disse aktiviteter:

Det er en forudsætning for at kunne skabe en balanceret sammensætning af holdene, at kommuner og regionen prioriterer og koordinerer deltagelsen i kurser og tilmelder tilstrækkeligt med deltagere. Det betyder også, at kommuner og region skal prioritere, at have de forskellige funktioner, fx nøglepersoner, i et omfang, der dækker de involverede enheder.

Det skriftlige materiale vurderes godt af de fagpersoner, der kender og anvender det. Interviewene afdækkede dog, at mange fagpersoner fortsat mangler kendskab til KI-planer – fx til, hvem der kan lave KI-planer, hvem målgruppen er, m.m. Derfor bør der opretholdes en informationsindsats af ledere, koordinatore og nøglepersoner, som repeterer de grundlæggende forhold ved KI-arbejdet.

### 5.2.3 Anbefalinger til at styrke den decentrale implementering

Der er stor forskel på, hvordan der arbejdes med den decentrale implementering, og hvilken rolle ledere, koordinatore og nøglepersoner indtager i denne. Det bør derfor overvejes om der er muligheder for at overføre PC Amagers implementeringsplan og det ledelsesfokus der her har været, til andre enheder der indgår i KI-planer.

#### **Et styrket ledelsesfokus**

Et ledelsesfokus, der går tæt på praksis, synes at være en forudsætning for, at der skabes opbakning til KI-arbejdet. Derfor bør der i alle involverede afdelinger være et hyppigt tilbagevendende ledelsesfokus, som både formidler til fagpersonerne, at KI-arbejdet er prioriteret, og

går i detaljen og assisterer med at få øje på potentielle KI-plans-kandidater. I et bredere perspektiv er det endvidere vigtigt at ledelsen aktivt medvirker som ambassadører for det samarbejde, der ønskes, og de værdier, det skal baseres på. Det betyder, at flere ledere bør involveres i højere grad, end det er tilfældet i dag i de områder, som ikke har deltaget i pilotafprøvingen på Amager.

### **Dedikeret tid til KI-koordinatorerne**

Evaluerings fagpersoner vurderer, at det vil øge antallet af KI-forløb, hvis der i højere grad allokeres ressourcer, der er dedikeret til opgaven. Antagelsen understøttes umiddelbart af erfaringerne fra PC Ballerup, der ved udgangen af 2016 og efter, de har arbejdet med KI i 10 måneder, har startet næsten lige så mange KI-forløb som det samlede samarbejdsprojekt mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. På den baggrund anbefales det at overveje, om der er mulighed for at give de primært ansvarlige fagpersoner dedikeret tid til arbejdet med KI-forløb.

### **Flere KI-koordinatorer og tydeliggørelse af 'konsulentfunktionen'**

Der er en tendens til, at fagpersonerne primært søger sparring hos koordinatorerne, når de kender dem og sidder tæt på dem. Endvidere er der eksempler på koordinatorer, der skal dække store organisationer med enheder, der er spredt. På den baggrund anbefales det, at der enten uddannes flere koordinatorer, således at der er koordinatorer fysisk forankret i de relevante enheder, eller at rammerne for de eksisterende koordinatorers arbejde med KI-planer tydeliggøres. Fx kan det overvejes at allokere beskyttet tid til, at koordinatorerne i højere grad kan være opsøgende over for de enheder, de repræsenterer i KI-sammenhæng.

En af udfordringerne for implementeringen af KI-planer er uklarhed omkring kriterier for at tage initiativ til planerne, samt i hvilket omfang man kan involvere fagpersoner fra enheder, hvor borgerne ikke har en fast tilknytning. For at imødekomme denne problemstilling anbefales det, at koordinatorernes 'konsulentfunktionen' udvides, så det bliver muligt og let for fagpersonerne at søge sparring om relevante borgere forud for visitation til en given sektor.

### **Igangsatte KI-planer bør have en tydelig relevans for deltagende fagpersoner**

For at fremme implementeringen er det på PC Amager besluttet, at de forskellige afdelinger skal udarbejde et givet antal planer for herigennem at fremme fagpersonernes erfaringer med KI og herigennem skabe grobund for udarbejdelsen af flere planer. Der er imidlertid et dilemma forbundet med denne tilgang, som det er vigtigt at være opmærksom på. Dilleammet består i, at flere interviewede fagpersoner har forholdt sig kritisk til, at de har deltaget i KI-møder, der primært var initieret af hensyn til projektet. Risikoen er således, at fagpersonernes ejerskab kan tage skade, hvis det ikke er tydeligt for dem, at formålet er at lære redskabet at kende og udvikle erfaringer, der kan bruges fremadrettet. For at fremme implementeringen på sigt er det således vigtigt, at der er fokus på dette, samt at de borgercases, der udvælges, så vidt muligt repræsenterer en meningsfuld anvendelse af KI.

Fagpersoner på tværs af region og kommune beskriver tovholder-rollen som værende for svær at håndtere på KI-møderne. Det anbefales derfor, at mødelederrollen justeres, så det er tydeligt, at rollen som referent og mødeleder er fordelt på to personer.

## **5.2.4 Mulighed for at tænke KI-planen sammen med eksisterende løsninger**

Det fremgår, at netværksmødet og KI-møderne har hver deres ulemper og fordele. Med det afsæt anbefales det at undersøge, om der er muligheder for at inkorporere elementer fra KI-



planer i strukturen for netværksmøder. Det kan fx være i relation til strukturen for mødet, i relation til at afdække borgerens behov og motivation forud for netværksmødet, at understøtte, at der laves et struktureret referat etc. Det er KORAs vurdering, at disse elementer dels kan styrke udbyttet af netværksmøderne og dels medvirke til, at der kommer en større forståelse for værdien af de nye elementer, der søges introduceret via KI-planerne.

Det fremgår også, at der eksisterer flere forskellige og delvist konkurrerende planer, der har til formål at koordinere tværgående borgerforløb. Det er tydeligst i relation til 'Huset for Psykisk Sundhed', hvor der arbejdes med at udvikle en generisk og elektronisk handleplan, der skal kunne anvendes i et tværsektorielt samarbejde om alskens problematikker. Det anbefales derfor at fortsætte – og evt. styrke – den dialog omkring udviklingsarbejdet, der allerede er etableret mellem KI-planen og Psykiatriens Hus.

### 5.2.5 Inddrage erfaringer med alternative organiseringsformer

Fællesteamet udgør en organisering, hvor medarbejdere fra de to sektorer samarbejder og sidder fysisk samlet. Evalueringen indikerer, at Fællesteamet på en mere ad hoc-baseret måde er i stand til at realisere en række af de mål, der er for KI-planerne. En mulighed for at fremme KI-arbejdet kan derfor være at inddrage erfaringerne fra Fællesteamet i det fremtidige KI-arbejde. I det omfang den forestående evaluering af Fællesteamet i øvrigt er positiv, kan det også være en mulighed at arbejde videre med lignende løsninger, der på organisatorisk niveau understøtter samarbejdet omkring DD-borgere.

### 5.2.6 Muligheder for at justere KI-samarbejdet med borgeren

De gennemførte interview, observationen og Kompetencecenterets borgerinterview (bilag 3) indikerer alle, at borgeren kan have vanskeligt ved at være i mødesituationen, og at inddragselsesgraden af borgeren kan være meget lav under forarbejdet såvel som til selve mødet. Det rejser et spørgsmål om, hvorvidt det er borgerne, der skal finde sig til rette med KI-strukturen, eller om det er KI-strukturen, der i højere grad skal kunne tilpasses den enkelte borger. I forlængelse heraf er der peget på en række aspekter ved arbejdet med KI, som det fremadrettet kan være relevant at prioritere (højere), herunder at:

- Hjælpe borgeren med at få inddraget pårørende eller andet netværk i arbejdet med de koordinerende indsatsplaner
- Sikre en balance mellem borgerens ønsker til deltagerkredsen, og hensynet til, at mødet er operationelt, samt at deltagerne oplever de har en relevant rolle
- Tovholderen sørger for at indhente relevante input fra mødedeltagere, der melder afbud til indsatsplansmødet
- Inddrage borgeren i udarbejdelse af dagsorden til indsatsplansmødet og være opmærksom på, at borgeren ikke får en oplevelse af, at der bliver 'talt hen over hovedet' på borgeren under mødet – men også, at det er vigtigt at overveje, i hvilket omfang en konkret inddragelse og indflydelse er gavnlig og ønskværdig for borgeren
- være nysgerrig på, hvad borgeren selv mener at have brug for hjælp og støtte til
- give borgeren større indflydelse på, hvilke indsatser der prioriteres i KI-planen- eller alternativt at anvende en anden arbejdsform, hvis borgeren ikke er i stand til at forholde sig realistisk til, hvilke indsatser der er relevante.

# Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen (2014). *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*. København: Sundhedsstyrelsen.
2. Regeringens udvalg om psykiatri (2013). *En moderne åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. København: Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelse, oktober, 2013.
3. Region Hovedstaden (2015). *Sundhedsaftale 2015-18 – Region Hovedstaden og kommunerne i regionen*. Hillerød: Region Hovedstaden.
4. Kompetencecenter for Dobbeldiagnose (2016). *Erfaringsopsamling i projektet: Model for implementering af de koordinerende indsatsplaner* (Marts 2016 - Internt notat).
5. Bengtson, S. (2013). *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform: et rids af udviklingen i de seneste årtier*. København: SFI.
6. Bengtson, S. og Gregerson, O. (2013). *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse*. København: SFI.
7. Buch, M.S., Thygesen, P. og Johansen, K.S. (2015). *Tværasektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug*. København: KORA.
8. Deloitte Social og Socialstyrelsen (2015). *Model for en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug*. Odense: Socialstyrelsen.
9. Holm-Petersen, C. og Buch, M.S. (2012). *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland*. København: DSI.
10. Johansen, K.S. og Børsting-Andersen, S. (2015). *Tværasektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose*. København: KORA.
11. Johansen, K.S., Larsen, J. og Nielsen, A. (2012). *Tværasektorielt samarbejde i psykiatrien. En videns- og erfaringsopsamling*. København: DSI.
12. Socialt Udviklingscenter København (2013). *Undersøgelse af redskaber til koordinering og samarbejde for mennesker med sindslidelse og misbrug*. København: SUS.

Forslag til:  
Model for implementering af  
de koordinerende indsatspla-  
ner

*Region Hovedstadens psykiatri &  
Københavns Kommune*

Udarbejdet af:

Kirsten Lorentzen og Helle Stage Eskildsen,

Københavns Kommune og

Katrine Schepelern Johansen,

Region Hovedstadens Psykiatri

Ver. 25. maj 2015

## 1. Indledning og formål

Denne projektbeskrivelse præsenterer, hvordan de koordinerende indsatsplaner vil blive implementeret i et samarbejde mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. De koordinerende indsatsplaner er et værktøj, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen og er præsenteret i en vejledning fra 2014. De skal bruges til at sikre, at der foregår en god koordinering mellem de forskellige behandlingstiltag rundt om borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug, og dermed understøtte at disse borgere får relevant behandling.

Der tilføres ikke ekstra midler til implementeringen og den løbende brug af de koordinerende indsatsplaner, og der er således tale om en opgave, der skal løses inden for de eksisterende økonomiske rammer.

Mange borgere i denne målgruppe har været i længerevarende behandlingsforløb i kommunalt og/eller regionalt regi og kan have oplevet manglende koordinering og sammenhæng i deres forløb. Det er derfor et kardinalpunkt for arbejdet med de koordinerende indsatsplaner at sikre god koordinering, få gennemgående professionelle, grundig overlevering og sammenhængende forløb. Ligeledes er det vigtigt at arbejdet med de koordinerende indsatsplaner sikres en ledelsesmæssig opbakning

De koordinerende indsatsplaner har til opgave at koordinere allerede igangsatte tiltag og identificere behov for evt. supplerende tiltag. Borgerne udredes og visiteres efter eksisterende principper. Dette gælder for både kommunale og regionale tilbud. De koordinerende indsatsplaner er således ikke et redskab til at udvikle nye behandlingstilbud. Borgerne skal fortsat kunne honorere visitationskriterierne til fx kommunal misbrugsbehandling eller ambulant psykiatrisk behandling for at få adgang til disse behandlinger. Dog pointeres følgende i retningslinjerne: ”Det skal understreges, at den regionale behandlingspsykiatri ikke må afvise af udrede eller behandle borgere med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed. Ligeledes må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle personer med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse”.

Dette forslag til model for implementering er blevet til på baggrund af møder i en tværfaglig og tværsektoriel projektgruppe, som har givet faglige inputs til modellen. Implementeringen af de koordinerende indsatsplaner er en del af sundhedsaftalen mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden.

### 1.1. Hovedpunkter i forslaget

Nærværende forslag skitserer en implementering, hvor inddragelse af borgeren i arbejdet omkring den koordinerende indsatsplan og et egentlig samtykke til arbejdet er centralt.

Det foreslås, at der etableres en delt koordinatorfunktion mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri for at sikre få centrale indgange til arbejdet med de koordinerende indsatsplaner og en placering af ejerskab til arbejdet.

I Region Hovedstadens Psykiatri foreslås det, at koordinatorfunktionen forankres hos de koordinerende socialrådgivere på de tre involverede centre (Psykiatrisk Center København, Psykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Hvidovre). I Københavns Kommune foreslås det, at den koordinerende funktion varetages af Borgercenter Voksne, eller en tilsvarende bydækkende organisation.

Koordinatorfunktionen kan opdeles i fire hovedområder:

1. Implementering: Koordinatorerne vil få en central opgave i forhold til at implementere de koordinerende indsatsplaner og den organisering der foreslås omkring dem, samt fungere som faglig sparringspartner i forhold til værktøjet
2. Rådgivning og understøttelse: Koordinator kan rådgive i sager, hvor det er uklart, om der er behov for en koordinerende indsatsplan. Koordinator vil kunne afvise en sag, hvor koordinator ikke vurderer at der er behov for en koordinerende indsatsplan. særligt vanskelige tilfælde kan koordinatoren overtage den del af fagpersonens rolle, der handler om at indkalde til og facilitere indsatsplansmødet. Koordinator kan ved behov inddrage faglig sparring i forhold til misbrugsområdet eller psykiatri. I helt særlige tilfælde kan koordinatorerne fra de to organisationer i fællesskab beslutte at en sag drøftes af psykiatrisk overlæge og speciallæge i misbrugssystemet

3. Bindeled til koordinatorfunktionen i anden organisation (se også beskrivelsen af samarbejdet mellem de to koordinatore på side 8)
4. Monitorering og formidling: Opsamle erfaringer med brug af værktøjet og samarbejdet samt formidle relevante erfaringer

Fagpersonen er den person, der har kendskab til og kontakt med den enkelte borger, fx en kontaktperson fra psykiatrien eller en misbrugsbehandler. Fagpersonen vil være ansvarlig for indhentelse af samtykke, indkalde til og afholde indsatsplansmøde, samt stå for udarbejdelsen af den koordinerende indsatsplan. Det vil blive sikret, at der eksisterer en tilgængelig og enkel skabelon, der kan lette dette arbejde så meget som muligt.

For at få nogle erfaringer med koordinatorfunktionen og indsatsplanerne foreslår projekt- og styregruppe, at redskaberne og samarbejdet afprøves i tre tilbud:

- I det 'Fælles tværsektorielle team for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug på socialpsykiatriske botilbud', der er et samarbejdsprojekt forankret hos Psykiatrisk Center Amager og hos Center Amager, Københavns Kommune
- I 'Det psykiatriske gadeplansteam', der er forankret på Psykiatrisk Center Hvidovre
- I de ordinære tilbud hos Behandlingsenheden Amager og Psykiatrisk Center Amager

Dette vil give mulighed for at følge den første brug af system og værktøj forholdsvis tæt og opsamle erfaringer, der kan bruges til en evt. sidste tilpasning inden den større implementering. Der foreslås en afprøvning fra august til og med november 2015.

De enkelte dele af forslaget vil blive nærmere introduceret i de efterfølgende kapitler.

## 2. Målgruppe

Nedenfor er refereret de centrale tekststykker fra vejledningen, hvor målgruppen for de koordinerende indsatsplaner defineres.

- Indsatsplanerne er for borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulantly i psykiatrien og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger
- Borgerne skal have kontakt med den kommunale stof-/alkoholbehandling og/eller den regionale ambulante psykiatri og samtidig vurderes at have gavn af indsatser begge steder
- De psykiske lidelser kan fx være skizofreni, angst, udviklingsforstyrrelser, affektive lidelser mv.
- Lidelserne kan være konstateret i behandlingspsykiatrien eller vurderet at kunne være til stede i den kommunale stof- og alkoholbehandling eller konstateret af den praktiserende læge, hvis borgeren endnu ikke er udredt i psykiatrien.
- Stofmisbrug eller alkoholafhængighed kan konstateres, når borgeren er i behandling eller får et tilbud om behandling for disse lidelser. Stofmisbrug eller alkoholafhængighed afdækkes af professionelle med misbrugsfaglig ekspertise.
- Det væsentlige i forhold til at udarbejde en koordineret indsatsplan er, at den psykiske lidelse, misbrug, afhængighed og komplekse sociale problemstillinger udgør en væsentlig hindring for, at borgeren kan profitere af og deltage i tilbudte behandlingsindsatser for disse lidelser.
- Indikatorer i forhold hertil kan blandt andet være gentagne genindlæggelser, ustabil fremmøde og/eller afbrudte behandlingsforløb.

Det er centralt at fremhæve, at de koordinerende indsatsplaner ikke er en plan, som alle med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug skal have, men et redskab som centrale aktører rundt om den enkelte person kan vælge at bruge, hvis der opleves et behov for at få koordineret indsatserne.

På det første møde i projektgruppen blev det diskuteret, hvem målgruppen for de koordinerende indsatsplaner er, og hvor stor den kan forventes at være. Der var generel enighed om, at det ikke vil kunne lade sig gøre endeligt at estimere målgruppens størrelse, og at det er et område, som man vil blive nødt til at følge undervejs i implementeringsfasen. Til slut i dette dokument er præsenteret de estimater, som blev diskuteret.

## 2.1. Afprøvningsmålgruppe

Det foreslås, at der fra august til og med november 2015 etableres en afprøvningsperiode, hvor koordinatorfunktion og de koordinerende indsatsplaner afprøves. Projektgruppen foreslår, at målgruppen i afprøvningsperioden aldersmæssigt afgrænses til 18-65 årige.

Målgruppen vil i denne periode være begrænset til målgrupperne for tre allerede eksisterende indsatser:

- 'Fælles tværsektorielle team for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug på socialpsykiatriske botilbud', der er forankret hos Psykiatrisk Center Amager og hos Center Amager, Københavns Kommune
- 'Det psykiatriske gadeplansteam', der er forankret på Psykiatrisk Center Hvidovre
- De ordinære tilbud hos Behandlingsenheden Amager og Psykiatrisk Center Amager

## 3. Niveauer i indsatsen

Der er tale om to centrale funktioner i denne model: Koordinatorfunktionen og fagpersonen. Koordinatorfunktionen skal løfte de mere overordnede, koordinerende opgaver og fagpersonen skal løfte de mere borgernære opgaver.

I nærværende model er der mulighed for, at en del af opgaverne kan forskydes fra fagperson til koordinator, hvis der er tale om et vanskeligt forløb, eller hvis der opstår uenigheder om, hvilke indsatser, der skal i spil eller hvem der har ansvaret. Det skal dog understreges, at opgaverne så vidt det overhovedet er muligt skal søges løst på det lavest mulige niveau for at sikre den mest smidige opgaveløsning.

Modellen opererer med fire niveauer (0-3), og hvor niveau 1 og 2 bliver beskrevet udførligt nedenfor. I de efterfølgende to kapitler samles der op på henholdsvis koordinatorfunktionen (kapitel 4) og fagpersonen (kapitel 5), og i kapitel 6 præsenteres en model for indgange og forløb for borgeren i et niveau 1 forløb.

<b>Niveau 0</b>	Mennesker med en samtidig psykisk lidelse og misbrug, hvor der <u>ikke</u> vurderes at være behov for en koordinerende indsatsplan, fordi personen allerede modtager en passende indsats og der ikke er identificeret noget yderligere koordineringsbehov.
<b>Niveau 1</b>	Mennesker med en samtidig psykisk lidelse og misbrug, hvor der vurderes at være behov for en koordinerende indsatsplan, hvor fagpersonen står for indkaldelse og facilitering af indsatsplansmøde og udarbejdelse af indsatsplansplan, og hvor koordinatorfunktionens rolle indskrænkes til registrering og monitorering.
<b>Niveau 2</b>	Mennesker med en samtidig psykisk lidelse og misbrug, hvor der vurderes at være behov for en koordinerende indsatsplan, og hvor fagpersonen ikke selv kan løfte opgaven med at indkalde og facilitere indsatsplansmødet. Det kan fx være ved samarbejdsproblemer mellem de relevante fagpersoner, manglende tilbagemeldinger og deltagelse i indsatsplansmøde, eller forløb hvor der har været betydelige elementer af konflikt. Det skal være undtagelsen at et indsatsplansforløb bevæger sig fra niveau 1 til niveau 2, og det vil være koordinatorerne i de to organisationer, der vurderer, om et forløb skal behandles på niveau 2, hvor de vil skulle overtage rollen i forbindelse med indsatsplansmødet. Koordinatorerne vil have mulighed for at trække på specialiseret misbrugsfaglig eller psykiatrifaglig ekspertise.
<b>Niveau 3</b>	Mennesker med en samtidig psykisk lidelse og misbrug, hvor der vurderes at være behov for en koordinerende indsatsplan, men hvor der er uklarhed over, hvor det lægelige behandlingsansvar bedst muligt placeres og/eller hvilke diagnoser en pågældende person har. I disse tilfælde vil koordinatorfunktionen have mulighed for at lægge sagen til afklaring i en drøftelse mellem en psykiatrisk overlæge og en overlæge fra misbrugssystemet. Herefter vil koordinatorerne beslutte om det videre forløb skal være på niveau 1 eller 2.

### 3.1. Forløb på niveau 1

Mennesker med en samtidig psykisk lidelse og misbrug, hvor der vurderes at være behov for en koordinerende indsatsplan, hvor fagpersonen står for indkaldelse og facilitering af indsatsplansmøde og udarbejdelse af indsatsplansplan, og hvor koordinatorfunktionens rolle indskrænkes til registrering og monitorering.

Fagpersonen vil være tilknyttet enten misbrugsbehandlingen eller behandlingspsykiatrien. En fagperson, der identificerer et behov for en koordinerende indsatsplan vil skulle sikre borgerens samtykke til udarbejdelsen af den koordinerende indsatsplan. Herefter vil fagpersonen orientere koordinatorfunktionen i egen organisation om behovet for, at der udarbejdes en koordinerende indsatsplan. Det er vigtigt, at fagpersonen involverer borgeren i at identificere deltagere, så de får en dialog om både hvem de relevante og de realistiske deltagere i mødet er. Koordinator kan evt. også komme med input til dette. Fagpersonen vil derefter forestå indkaldelse samt afholde selve mødet. Fagpersonen vil i forbindelse med mødet udarbejde den koordinerende indsatsplan og derefter sende indsatsplanen til borger, deltagere i indsatsplansmødet og koordinator i egen organisation. Det vil blive sikret, at der eksisterer en tilgængelig og enkel skabelon for den koordinerende indsatsplan, så at arbejdet bliver lettet så meget som muligt. Fagpersonen vil herefter have ansvaret for at være tovholder på den koordinerende indsatsplan og vil også være ansvarlig for at indkalde til et nyt indsatsplansmøde, hvis der sker relevante ændringer i borgerens situation eller når der er gået 6 måneder.

I den her beskrevne situation er den fagperson, der identificerer behovet, også den fagperson, der er tættest på borgeren og vil derfor naturligt være den, der sikrer samtykke og udarbejdelse af indsatsplanen. Skulle det ske, at behovet for en koordinerende indsatsplan identificeres af en fagperson, der selv vurderer ikke at være den person, der skal sikre samtykke og varetage udarbejdelsen af indsatsplanen, eller af en professionel, der ikke er ansat i enten behandlingspsykiatrien eller misbrugsbehandlingen, overlades det til koordinatorfunktionen at afklare, hvilken fagperson der skal sikre samtykke og stå for den konkrete udarbejdelse af indsatsplanen. Det vil normalt være den samme person, der varetager disse opgaver.

I et niveau 1 forløb er koordinatorfunktionens rolle begrænset til at registrere igangsættelsen af et forløb, evt. komme med sparring til hvem der skal indkaldes til et indsatsplansmøde, orientere koordinatorfunktionen i anden organisation, fremsende koordineret indsatsplan til anden organisation og følge op på, at deadlines for udarbejdelse af indsatsplan og fornyet indsatsplansmøde holdes.

### 3.2. Forløb på niveau 2

Mennesker med en samtidig psykisk lidelse og misbrug, hvor der vurderes at være behov for en koordinerende indsatsplan, og hvor fagpersonen ikke kan løfte opgaven med at indkalde og facilitere indsatsplansmødet.

Når et forløb foregår på niveau 2 vil fagpersonens rolle fortsat være at sikre samtykke og komme med input til, hvem der skal deltage i indsatsplansmødet. Koordinatoren overtager i disse forløb rollen med at indkalde til og afholde selve indsatsplansmødet. Fagpersonen vil deltage i indsatsplansmødet på lige fod med de øvrige fagpersoner og vil fortsat også udarbejde den koordinerende indsatsplan efter mødet.

Udover at overtage rollen som indkalder og facilitator af indsatsplan mødet fastholder koordinatorfunktionen rollen med at registrere igangsættelsen af et forløb, fremsende indsatsplan til anden organisation og følge op på, at deadlines for udarbejdelsen af indsatsplan og fornyet indsatsplansmøde holdes.

Det er koordinatorene i de to organisationer, der beslutter om et forløb skal gennemføres på niveau 2 fremfor niveau 1.

## 4. Koordinatorfunktionen

Der foreslås en koordinatorfunktion, der er delt mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. Det vil sikre kendskab til de to organisationer og relevante aktører inden for dem. En sådan rolle løftes bedst, hvis man er forankret i sin egen organisation og har adgang til kommunikationskanaler m.m. Samtidig vil en forankring i begge organisationer give koordinatorfunktionen mulighed for at have en medierende og afklarende rolle. Det er også vigtigt med få centrale indgange, der er lette at identificere, så det er nemt for de relevante fagpersoner at bruge de koordinerende indsatsplaner.

I Københavns Kommune foreslås det, at koordinatorfunktionen placeres i en centralt bydækkende organisation som eksempelvis Borgercenteret for voksne, der har overblik over de potentielle samarbejdspartnere på tværs af myndigheds- og driftscentre i kommunen. Én central indgang vil gøre det enkelt for samarbejdspartnere i Region Hovedstadens Psykiatri at skabe kontakt til relevante fagpersoner og for fagpersoner i kommunen at eftersøge andre kommunale fagpersoner. Desuden vil en central placering gøre det lettere at monitorere implementeringen og samle op på erfaringer med indsatsplanerne. For at sikre en vis stabilitet i opgavevaretagelsen vil funktionen sandsynligvis skulle opdeles på to eller flere personer.

I Region Hovedstadens Psykiatri foreslås det, at koordinatorfunktionen varetages af socialrådgiverne på de psykiatriske centre og forankres hos den koordinerende socialrådgiver på de tre centre (PCA, PCH og PCK). Igen vurderes det, at det er vigtigt, at opgaven er placeret få steder som muligt for at sikre gennemsigtighed og adgang og dermed at koordinatoren bliver brugt. Valget af socialrådgiverne er begrundet i, at det i forvejen i vid udstrækning er disse personer, der sidder i forskellige samarbejdsfora, og dermed allerede har kontakt med det kommunale system. I praksis vil det betyde, at de koordinerende socialrådgivere varetager det overordnede ansvar for koordinatorfunktionen, herunder opgaven med at monitorere brugen af de koordinerende indsatsplaner, afklaring hvis der er tvivl om hvem der skal løfte opgaven med at indhente samtykke og udarbejde selve indsatsplanen, samt indgår mere konkret som koordinator i særligt vanskelige tilfælde.

I begge organisationer vil der blive opereret med en model, hvor koordinatorfunktionen kan deles mellem en række konkrete personer. Det overlades til de to organisationer selv at udarbejde en plan for, hvordan arbejdet organiseres i koordinatorfunktionen, herunder hvordan der sikres kontinuitet og stabilitet i koordinatorfunktionen, når den fordeles på flere personer samt ved ferie. Det er dog et krav, at det skal være muligt for de eksterne samarbejdspartnere at identificere konkrete personer, hvor funktionen er forankret.

#### 4.1. Koordinatorfunktionens arbejdsopgaver

Opsummerende kan koordinatorfunktionen opdeles i fire hovedområder:

1. Implementering: Koordinatorerne vil få en central opgave i forhold til at implementere de koordinerende indsatsplaner og den organisering der foreslås omkring dem, samt fungerer som faglig sparringspartner i forhold til værktøjet
2. Rådgivning og understøttelse: Koordinator kan rådgive i sager, hvor det er uklart, om der er behov for en koordinerende indsatsplan. Koordinator vil kunne afvise en sag, hvor koordinator ikke vurderer at der er behov for en koordinerende indsatsplan. I særligt vanskelige tilfælde kan koordinatoren overtage den del af fagpersonens rolle, der handler om at indkalde til og facilitere indsatsplansmødet (niveau 2). Koordinatoren kan ved behov inddrage faglig sparring i forhold til misbrugsområdet eller psykiatri. I helt særlige tilfælde kan koordinatorerne fra de to organisationer i fællesskab beslutte at en sag drøftes af psykiatrisk overlæge og speciallæge i misbrugssystemet
3. Bindeled til koordinatorfunktionen i anden organisation
4. Monitorering og formidling: Opsamle erfaringer med brug af værktøjet og samarbejdet samt formidle relevante erfaringer (se videre under kapitel 14)

Koordinatorfunktionen har endvidere en rolle i forhold til at monitorere at forløbene overholder tidsfristerne og der er så stor kontinuitet i forløbet som muligt. Det betyder eksempelvis, at når indsatsplanen udarbejdes, skal fagpersonens og de øvrige professionelles ferie, orlov, fratrædelse eller andet tages i betragtning. Der skal ligeledes afsættes tid til overdragelse af fagpersonrollen, hvis der kommer et skift i fagperson.

De kommunale og regionale koordinatører samarbejder på følgende områder:

- Orientering om at der igangsættes et indsatsplans forløb
- Hvis der er tvivl om i hvilken organisation et indsatsplansforløb skal forankres afklarer koordinatører dette
- Videreformidling af indsatsplan
- Afklaring om, hvorvidt et forløb skal løftes til niveau 2 eller 3

Derudover mødes de i et fælles forum en gang i kvartalet. På mødet kan der drøftes erfaringer i forhold til forløbsaktivitet, målgruppe, behov for forløbsunderstøttelse, involverede samarbejdspartnere, samtykke, organisering, resultater af indsatsen m.m.



Koordinatorerne i region og kommune udvikler i samarbejde med Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser (RHP) et fælles og enkelt redskab til monitorering og dokumentation af forløb, som kan bidrage til systematisk opsamling på centrale parametre i forhold til indsats, målgruppe og resultat inden projektet udrulles fuldt ud til december 2015.

## 5. Fagpersonen

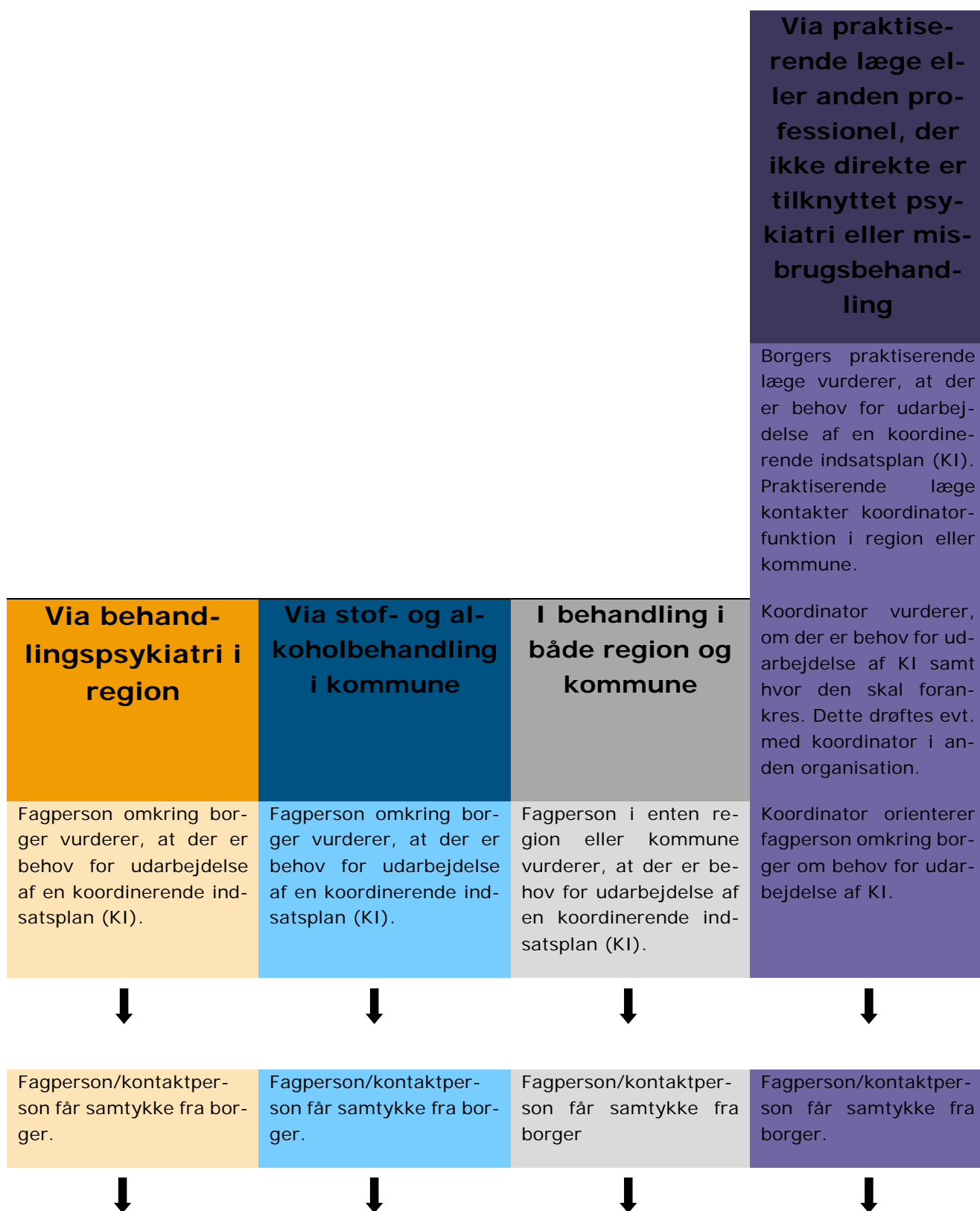
Begrebet fagpersonen bruges i dette dokument til at betegne den person, der er kontaktperson for den enkelte borger i psykiatrien eller misbrugsbehandlingen. I den ambulante psykiatri vil det ofte være en sygeplejerske, fysioterapeut eller lignende. På et psykiatrisk døgnafsnit vil der ofte være tale om en socialrådgiver. I misbrugsbehandlingen vil der ofte være tale om en pædagog eller socialrådgiver.

Identificerer en anden professionel – fx en praktiserende læge eller en gadeplansarbejder – et behov for en koordinerende indsatsplan vil man skulle rette henvendelse til en koordinator og koordinatorfunktionen vil herefter identificere, hvem der skal løfte rollen som fagperson.

Det vil være fagpersonen, der i de fleste tilfælde, forestår i borgernære opgaver. Fagpersonen skal være en person, som borgeren har tillid til, og som har mulighed for at løfte opgaven.

For at sikre kontinuitet og de bedste vilkår for et tillidsfuldt forhold mellem fagperson og borger er det centralt, at man er opmærksom på en fagpersonens planlagte ferie, orlov, fratrædelse m.m. i arbejdet med de koordinerende indsatsplaner, således at den enkelte borger ikke oplever udsættelser, aflysninger eller for mange skift.

6. Borgerens indgang til forløb på niveau 2 (det almindelige forløb)



Fagperson orienterer koordinatorfunktion i region om behov for udarbejdelse af KI.	Fagperson orienterer koordinatorfunktion i kommunen om behov for udarbejdelse af KI.	Fagperson orienterer koordinatorfunktion i egen organisation om behov for udarbejdelse af KI.	Fagperson og koordinator drøfter, hvem der skal indkaldes til indsatsplansmøde.
--	--	---	---



Koordinator orienterer koordinatorfunktionen i kommunen om behov for KI. Koordinatorer afklarer, hvor sagen skal forankres. Koordinatorer kommer evt. med input til, hvem der skal indkaldes til mødet.	Koordinator orienterer koordinatorfunktionen i region om behov for KI. Koordinatorer afklarer, hvor sagen skal forankres. Koordinatorer kommer evt. med input til, hvem der skal indkaldes til mødet.	Koordinator orienterer koordinatorfunktionen i anden organisation om behov for KI. Koordinatorer afklarer, hvor sagen skal forankres. Koordinatorer kommer evt. med input til, hvem der skal indkaldes til mødet.	Koordinator orienterer koordinatorfunktionen i anden organisation om behov for KI. Koordinator kommer evt. med input til, hvem der skal indkaldes til mødet.
---	---	---	--



Fagperson indkalder til indsatsplansmøde.	Fagperson indkalder til indsatsplansmøde	Fagperson indkalder til indsatsplansmøde.	Fagperson indkalder til indsatsplansmøde.
---	--	---	---



Fagperson udarbejder i forbindelse med mødet eller umiddelbart herefter (senest to uger) en KI, som sendes til: - Borger - Deltagere i mødet - Koordinator i region	Fagperson udarbejder i forbindelse med mødet eller umiddelbart herefter (senest to uger) en KI, som sendes til: - Borger - Deltagere i mødet - Koordinator i kommune	Fagperson udarbejder i forbindelse med mødet eller umiddelbart herefter (senest to uger) en KI, som sendes til: - Borger - Deltagere i mødet - Koordinator i kommune/region	Fagperson udarbejder i forbindelse med mødet eller umiddelbart herefter (senest to uger) en KI, som sendes til: - Borger - Deltagere i mødet - Koordinator i kommune/region
--	---	--	--



Koordinator i region videresender KI til koordinator i kommune.	Koordinator i kommune videresender KI til koordinator i region.	Koordinator videresender KI til koordinator i anden organisation.	Koordinator videresender KI til koordinator i anden organisation.
---	---	---	---



Koordinator i region sikrer, at der senest seks måneder efter udarbejdelsen af KI sker et opfølgende møde.

Koordinator i kommune sikrer, at der senest seks måneder efter udarbejdelsen af KI sker et opfølgende møde.

Koordinator i egen organisation sikrer, at der senest seks måneder efter udarbejdelsen af KI sker et opfølgende møde.

Koordinator i egen organisation sikrer, at der senest seks måneder efter udarbejdelsen af KI sker et opfølgende møde.

## 7. Samtykke og borgerinddragelse

Det er en forudsætning for de koordinerende indsatsplaner, at borgeren samtykker til, at samarbejdet må iværksættes og borgeren inddrages som udgangspunkt i alle beslutninger og møder i planarbejdet. Forud for en koordineret indsatsplan kan der være et længere motivationsarbejde til samtykke.

Det vil typisk påhvile den eller de fagpersoner, der har den tætteste kontakt med borgeren at motivere til og indhente samtykke.

Hvis borgeren ikke ønsker at deltage i et indsatsplansmøde kan dette undtagelsesvis afholdes uden borgerens tilstedeværelse. Samtykke skal altid forefindes. Fagpersonen har ansvaret for, at borgeren efterfølgende godkender indsatsplanen. Hvis borgeren afviser indsatsplanen, må der tages stillingen om samtykket fortsat er gældende, og om der skal indkaldes til et nyt indsatsplansmøde.

## 8. Tidsfrister

Arbejdet med de koordinerende indsatsplaner skal overholde de almindelige tidsfrister der gælder på områderne i forhold til udredning og behandling. I umiddelbar forlængelse af indsatsplansmødet (inden for to uger) skal fagpersonen have udarbejdet den koordinerende indsatsplan.

Jævnfør vejledningen skal der afholdes et opfølgende møde max seks måneder efter udarbejdelsen af indsatsplanen. Datoen for dette møde dokumenteres i indsatsplanen. Koordinator har ifølge vejledningen en forpligtelse til at sikre, at det opfølgende møde bliver gennemført (se også afsnittet om arbejdsgang i kapitel 3). På det opfølgende møde kan det besluttes at videreføre den koordinerende indsatsplan, at ændre den eller at afslutte den. Hvis indsatsplanen videreføres i uændret eller ændret tilstand aftales et nyt opfølgende møde max seks måneder efter. Hvis der opstår behov for at ændre i en koordinerende indsatsplan, inden fristen på de seks måneder, er det fagpersonen, der har ansvaret for, at dette gøres.

Er der behov for at ændre på indkaldelsen til et indsatsplansmøde er det vigtigt, at dette varsles i god tid – særligt at hensyn til borgerens mulighed for at deltage.

## 9. Deltagere i indsatsplansmøde

I projektgruppen er det blandt andet diskuteret, hvem der vurderes som værende centrale i forhold til deltagelse i indsatsplansmødet. Udover borgeren selv og evt. pårørende vurderer projektgruppen, at det overvejes hvilke af nedenstående fagpersoner, der skal inddrages. Borgeren inddrages i det omfang, der er muligt, i processen med at identificere relevante aktører. Det vurderes ikke, at det er muligt på forhånd at fastlægge et krav til et minimum antal fremmødte i forhold til mødets gennemførsel. Det må bero på en konkrete vurderinger fra borger og professionelle, herunder fagpersonen. Det skal understreges, at det er vigtigt at medarbejdere prioritere deltagelse i indsatsplansmøderne og at lederne støtter op om dette. Manglende fremmøde uden behørig grund (sygdom) kan være årsag til at et forløb placeres på niveau 2 fremfor niveau 1.

## 9.1. Københavns Kommune

Københavns Kommune skelner mellem myndighedsfunktion og udførerfunktion. Myndighedsfunktionen har til opgave at udrede og på baggrund af udredningen indstille til forskellige indsatser, der udføres af udførerfunktionen. Nogle gange via en visiterende enhed – andre gange visiterer myndighedsfunktionen selv.

I nogle tilfælde vil det være relevant at have en repræsentant for både myndighedsfunktionen og udførerfunktionen med til indsatsplansmødet. I andre situationer vil det være tilstrækkeligt at have en repræsentant for udførerfunktionen med – fx borgerens kontaktperson på et herberg. Det er kontaktpersonen/casemanageren på myndighedsområdet, der vurderer, om der også skal inviteres en repræsentant for udførerfunktionen til mødet. I enkelte andre tilfælde kan det være relevant at have yderligere personer med fra udførerfunktionen – fx en læge fra misbrugsbehandlingen.

## 9.2. Region Hovedstadens Psykiatri

Borgere, der har kontakt til Region Hovedstadens Psykiatri vil som hovedregel have en behandlingsansvarlig overlæge og en kontaktperson blandt plejepersonalet. Dertil kommer en socialrådgiver, som vil blive inddraget ved behov. Som hovedregel vil det være borgerens kontaktperson blandt plejepersonalet, der deltager i indsatsplansmødet. I særlige tilfælde vil det være relevant at have den behandlingsansvarlige overlæge med. Dette afklares internt mellem overlæge og kontaktperson. Socialrådgiveren vil typisk deltage i sin funktion som koordinator.

## 9.3. Primær sektoren

I de tilfælde, hvor borgeren har en praktiserende læge vil det være relevant at indkalde denne og efterfølgende tilsende den koordinerende indsatsplan til vedkommende. For borgere i Københavns Kommune, der er hjemløse, varetager Sundhedsteamet denne funktion og det vil være relevant at inddrage en medarbejder herfra.

## 9.4. Øvrige mulige deltagere

For både det regionale og det kommunale område gælder det, at der i konkrete tilfælde kan være tale om yderligere personer, der er part i sagen. Fra kommunalt hold kan der være tale om boligsociale medarbejder og forskellige slags mentorer, herunder den udskrivningsmentor, som alle borgere i Københavns Kommune får tilbudt et forløb med efter indlæggelse i det psykiatriske behandlingssystem.

Fra regional side kan der fx være tale om 'følge-hjem' sygeplejersker, som er et tilbud, der arbejder med borgere, der har været kortvarigt indlagte til afrusning.

Endelig findes der en række andre potentielle samarbejdspartnere, hvor der bl.a. skal nævnes Kriminalforsorgen, forskellige somatiske behandlingstilbud, tandbehandling og kontaktpersoner på væresteder.

Det er vigtigt at understrege, at ovenstående ikke er en udtømmende liste. Vurderes andre personer at være relevante at inddrage i et indsatsplansmøde, bør disse inddrages.

## 10. Eksisterende planer

De koordinerende indsatsplaner skal samle de allerede eksisterende planer, der findes for den enkelte borger. Som en del af arbejdet i projektgruppen blev de forskellige deltagere bedt om at pege på, hvad der i hver institution eller tilbud eksisterer af planer, som potentielt kan indgå i de koordinerende indsatsplaner.

### 10.1. Københavns Kommune

- §141 handleplan jf. Serviceloven
- VUM
- Forandringskompasset

Derudover har:

- Misbrugsbehandlingen en behandlingsplan, en lægelig behandlingsplan og plan for sygeplejefaglige problemområder
- Socialpsykiatrien fokusområder og pædagogiske sundhedsplaner
- Herberger og krisecentre opholdsplaner Den sociale hjemmepleje har plejeplaner
- Jobcenteret har jobplaner (Min plan), rehabiliteringsplan og uddannelsespålæg (hvor indsatserne for at komme i uddannelse for unge under 30 år uden erhvervskompetencegivende uddannelse skrives ind)

## 10.2. Region Hovedstadens Psykiatri

- Behandlingsplan
- (Plejeplan – under indlæggelse vil borgeren også have en plejeplan)
- Udskrivningsaftaler – i forbindelse med udskrivning af borgere fra psykiatrisk afdeling, hvor det antages at borgeren efter udskrivning ikke selv vil søge den nødvendige behandling eller sociale tilbud, kan overlægen beslutte, at der skal laves en udskrivningsaftale. Denne giver de involverede fagpersoner mulighed for at udveksle oplysninger og på den måde søge at holde borgeren i behandling.
- Koordinationsplan – hvis borgeren ikke vil give samtykke til udarbejdelse af en udskrivningsplan kan overlægen træffe beslutning om, at der bør udarbejdes en koordinationsplan. Indholdsmæssigt svarer denne til en udskrivningsplan

Andre aktører, som fx kriminalforsorgen og praktiserende læger vil også have deres planer, som i de tilfælde hvor det er relevant, skal inddrages.

## 11. Dokumentation

Ifølge vejledningen skal den koordinerende indsatsplan vedlægges de planer, som den inddrager. Det vil sige, at der fortsat dokumenteres i de etablerede systemer efter normal praksis, og at indsatsplanen vedlægges som et supplerende dokument.

På baggrund af det forslag til indsatsplan, der er præsenteret i vejledningen, skal der udarbejdes en skabelon, som personalet i henholdsvis Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri vil have adgang til og vil kunne bruge til udarbejdelsen.

Skabelonen vil også indgå i afprøvningen i efteråret 2015.

## 12. Afprøvningsperiode

Det foreslås, at ovenstående skitserede model for implementeringen afprøves i 'Fælles tværsektorielle team for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug på socialpsykiatriske botilbud', i 'Det psykiatriske gadeplansteam' og i de ordinære tilbud i misbrugsbehandlingen og psykiatrien på Amager i perioden fra august til november. Der er sikret tilsagn hos de ansvarlige beslutningstagere.

Dette vil give mulighed for at indsamle erfaringer med indsatsplanens format samt koordinatorfunktionen. Disse erfaringer vil dels kunne bruges til at foretage eventuelle tilpasninger af modellen, samt til den formidlingsmæssige indsats, der vil skulle foregå frem mod den egentlige opstart af brugen i december 2015.

Hvis der uden for disse tilbud identificeres kritiske forløb, hvor det vurderes, at en koordinerende indsatsplan kan være et værdifuldt hjælpemiddel, kan et forløb godt iværksættes og meldes ind til relevant koordinator.

## 13. Implementering

Modellen for implementeringen vil skulle udbredes til hele Københavns Kommune og den del af Region Hovedstadens Psykiatri, der dækker Københavns Kommune fra december 2015.

Projektgruppen vil blive indkaldt ultimo august/primo september med henblik på at komme med input til en implementeringsplan.

Det vil være særligt vigtigt at klæde koordinatorene på til deres rolle.

Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri har ressourcer til at varetage de fleste af de nødvendige formidlingsopgaver. Disse vil blive planlagt i tæt dialog med Københavns Kommune og i det omfang, at det er muligt, inddrage personale fra de indsatser hvor planen er blevet afprøvet og af repræsentanter for koordinatorfunktionen.

Region Hovedstadens Psykiatri kører i øjeblikket et satspuljeprojekt, hvor der er udpeget ressourcepersoner i forhold til udredning og behandling af borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug på de enkelte centre, også på PCA, PCK og PCH. Det foreslås, at disse ressourcepersoner også inddrages i arbejdet omkring de koordinerende indsatsplaner, dvs. at de også kommer til at fungere som en form for ressourcepersoner i forhold til at skabe kendskab til de koordinerende indsatsplaner blandt personalet på de psykiatriske centre og vil kunne huske personalet på, at de koordinerende indsatsplaner kan være et relevant arbejdsredskab at bruge. Disse ressourcepersoner vil blive informeret om de konkrete planer i forbindelse med lokale møder på de enkelte centre. Hvis de har interesse for det, vil de også kunne inddrages i formidlingsaktiviteterne.

## 14. Evaluering

Der vil blive afholdt et styregruppemøde efter sommerferien med fokus på monitorering og evaluering af arbejdet med de koordinerende indsatsplaner.

Monitorering og evaluering vil bl.a. skulle inddrage, hvordan den Centrale Visitationenhed (CVI) fungerer i forhold til målgruppen, om fagpersonerne oplever vanskeligheder ved at løfte opgaven med at indkalde til og gennemføre indsatsplansmøderne, samt belastningen for koordinatorene.

## 15. Deltagere i udviklingsfasen

Forslaget er udarbejdet af Kirsten Lorentzen og Helle Stage Eskildsen fra Københavns Kommune og Katrine Schepe-lern Johansen fra Region Hovedstadens Psykiatri. Der er i forbindelse med arbejdet nedsat en projektgruppe, der er kommet med fagligt input til arbejdet med at beskrive en mulig model. Projektgruppen består af følgende personer:

- Områdechef Alice Højmosé, KK
- Vicecenterchef Ghita Østenby, KK
- AC-medarbejder Lene Lauter Bay, KK
- Udviklingschef Stine Høegh, KK
- Relationsmedarbejder Aksel Graversen, KK
- Forstander Ivan Christensen, KK
- Koordinerende socialrådgiver Marianne Haarh Lund, RHP
- Afdelingssygeplejerske Rikke Knudsen, RHP
- Overlæge Lars Martin Nielsen, RHP

Repræsentanterne i projektgruppen dækker følgende områder:

- Hjemløse- og herbergsområdet
- Socialpsykiatri
- Misbrugsbehandling
- Akut psykiatri
- Ambulant psykiatri
- Opsøgende psykiatri

Alt sammen afgrænset til voksenområdet – dvs. fra 18 til 65 år.

Ud over projektgruppen er der nedsat en styregruppe. Styregruppen følger projektet på et overordnet niveau og træffer principielle beslutninger i forhold til organisering, tidsplan og lignende. Styregruppen består af følgende personer:

Styregruppen består af:

- Socialoverlæge Helle Petersen, KK
- Myndighedschef Alberte Bryld, KK
- Områdechef Henrik Stahl-Nielsen, KK
- Medarbejder med brugerbaggrund Nanna Nisansala Schmidt, KK
- Centerchef Bo Andersen, RHP
- Udviklingschef Nanette Forner, RHP
- Udviklingschef Marina Wichmand Nielsen, Afdeling M, PCSH, RHP

Udviklingschef Nanette Forner deltog i de to første møder i projektgruppen, men blev så rykket over til styregruppen og hendes plads i projektgruppen blev overtaget af koordinerende socialrådgiver Marianne Haarh Lund.

Den endelige beslutning om implementering af modellen skal tages af henholdsvis Borgercenter Voksne i Københavns Kommune og Direktionen, Region Hovedstadens Psykiatri.

Da de koordinerende indsatsplaner også skal implementeres i de øvrige kommuner i regionen er det foreslået, at der skal nedsættes en kommunal følgegruppe med repræsentanter for de øvrige kommuner i regionen, med henblik på at holde disse informeret om de overvejelser og resultater, der er opnået i nærværende samarbejdsprojekt.

## 16. Estimerer på målgruppens størrelse

Der er enighed i projektgruppen om, at det er vanskeligt forud for projektopstart at fastlægge, hvor stor målgruppen for de koordinerende indsatsplaner er.

En af udfordringerne er, at registreringerne i eksisterende registre er utilstrækkelige for denne gruppe. Desuden er dele af målgruppen (meget) forbeholden i forhold til at søge hjælp og i forhold til at 'afsløre' omfanget og kompleksiteten af de problemstillinger, som de har.

Aarhus Kommune kørte for nogle år siden projekt Bedre Udredning, hvor borgere i misbrugsbehandling blev screenet for psykiske lidelser. I Center for Misbrug blev 75 % af borgerne screenet og her havde 84 % af de screenede borgere en psykisk sygdom (svarende til 63 % af det samlede antal). Overføres disse tal til Københavns Kommune vil det svare til at 63 % af de 2763 borgere, der er indskrevet, har en psykiatrisk problemstilling. Man skal her være opmærksom på, at det at have en samtidig psykisk lidelse og et misbrug ikke nødvendigvis er det samme som, at man har behov for en koordinerende indsatsplan.

Rådgivningscenter København (Københavns Kommunes misbrugsbehandlingstilbud) er i en lille kortlægning initieret i forbindelse med indførelsen af de koordinerende indsatsplaner nået frem til følgende tal. Ud af de 2763 borgere, der er indskrevet, vurderes det af personalet, at 623 borgere har behov for en koordinerende indsatsplan svarende til 23 %. På baggrund af samme undersøgelse vurderes det, at ca. 200 nyindskrevne borgere om året vil have behov for en koordinerende indsatsplan.

En anden kortlægning fra Københavns Kommune fra 2014 fandt, at ca. 34 % af kommunens borgere, der bor på socialpsykiatriske botilbud også har et misbrug. Dette svarer til 401 borgere. Igen er det ikke nødvendigvis det samme som, at disse borgere har behov for en koordinerende indsatsplan.

Kigger man på projekt Integreret Indsats, der var et satspuljeprosjekt, der kørte i Ballerup og Egedal kommune i 2011-2014, og hvis målgruppe har store overlap til målgruppen for de koordinerende indsatsplaner, havde de ca. 40 borgere igennem projektet i de to år, som de tog borgere ind. Med en simpel omregning vil det svare til ca. 95 borgere i Københavns Kommune.

Mændenes hjem estimerer, at op imod 400 af de borgere, som de har kontakt med, og som er borgere i Københavns Kommune, vil kunne have behov for en koordinerende indsatsplan.

Det opsøgende gadeplansteam fra Region Hovedstadens Psykiatri har ca. 100 borgere tilknyttet af gangen. Det estimeres, at ca. 60 % af dem også har misbrugsproblematikker.



Samlet set peger disse estimater på, at vi taler om en potentiel målgruppe på formentlig minimum et par hundrede – sandsynligvis væsentligt større. Hvor mange af disse, der har behov for en koordinerende indsatsplan og ønsker at give samtykke til, at den udarbejdes, ved vi ikke.

## Bilag 2 KORAs spørgeguide til koordinatore, tovholdere og nøglepersoner

**Introduktion:** Evalueringen skal dokumentere arbejdet med KI, indsamle erfaringer og give anbefalinger til justeringer og forbedringer af arbejdet med KI. I er nøglepersoner i forhold til implementering af KI og opstart af handleplaner. Derfor har vi meget fokus på hvordan I er blevet introduceret og forberedt på de opgaver det indebærer, hvordan I har grebet opgaven an, hvordan I bruger redskaber og vejledninger osv. Når vi har snakket arbejdet med KI igennem, er vi også interesserede i perspektiver på hvordan samarbejdet omkring DD-borgere generelt kan forbedres.

Vi interviewer også en bredere kreds af de fagpersoner der har deltaget i KI-møder, samt de regionale og kommunale ledere der er ansvarlige for indsatsen.

Spørgsmål?

### **Præsentation af interviewdeltagere:**

Navn, stilling/opgaver i relation til DD borgere.

Involvering i KI-planer. Hvor mange handleplaner/KI-møder har I været involveret i?

### **Egen rolle og nye opgaver – koordinatore og tovholdere**

- Beskriv jeres rolle som koordinatore/tovholdere/nøglepersoner – hvad er jeres opgaver, og hvordan skal I udføre dem?
- Hvordan er I introduceret til/klædt på til opgaven?
  - Viden om de organisationer der skal samarbejde om indsatsen?
  - Skabe overblik og kommunikere med relevante parter forløbet?
  - Mødeledelse?
  - Beslutningskompetence?
- Hvordan vurderer I at jeres rammer/muligheder er for at afsætte tid, opmærksomhed til implementering, opsporing og forberedelse af KI- møder og handleplaner?
  - Hvilke udfordringer/muligheder for at forbedre vilkårene ser I?

### **Andre fagpersoners kendskab, opbakning og deltagelse i KI**

- Hvordan reagerer andre fagpersoner når de bliver kontaktet vedrørende KI?
  - Kender de der skal deltage i møderne - vejledningerne til KI-arbejdet?
  - Bakker de op om det at mødes/arbejdet med KI-planerne?
- Har arbejdet med KI påvirket samarbejdet mellem koordinatore/tovholder og øvrige fagfolk – hvordan?

### **Ledelsesfokus**

- På hvilken måde er jeres ledere involveret i implementeringen af KI-planerne?
- Oplever I at der er et tydeligt ledelsesfokus og opbakning til KI-planer?
  - I egen organisation i relation til egne opgaver?

- Hvad med ledere fra andre organisationer – er de med og bakker op?
- Kan I give eksempler på udfordringer og hvordan de er/ikke er blevet løst?

### **Opsporing af borgerne**

- Hvordan identificerer I potentielle borgere?
- Hvad gør I, når I står med en sådan borger?
- Tager I kontakt til koordinatoren? Hvem gør hvad?
- Hvordan reagerer borgerne på tilbuddet om indsatsplan/KI-møde?
- Hvilke udfordringer er der i forhold til opsporing og inklusion af relevante borgere?
- Samtykke?
  - Identificere relevante fagpersoner?
  - Finde ud af hvad borgerens mål er?

### **Når der skal indkaldes til KI-møde/forberedes et møde**

- Hvordan håndterer I logistikken omkring mødet? Udfordringer og løsninger?
- Mangler der nogle aktører i forhold til at borgerforløbene faktisk kan koordineres?
- Hvordan forbereder fagpersonerne sig – (forbereder de sig?) på at fortælle om deres indsats med borgeren/borgeren?

### **Under selve mødet**

- Har fagpersonerne en fælles tilgang til at fokusere på fremtiden?
- Er der momentum i mødet?
- Hvordan samles der op på borgens aktuelle situation efter præsentationsrunden?
- Hvordan fungerer mødeledelsen?
- Hvordan inddrages viden fra de fagpersoner der mødes omkring borgeren/lykkes det skabe ny fælles viden som afsæt for beslutninger om det videre forløb?
- Hvad vil I sige er formålet med mødet? Er der fælles mål med mødet?
- Hvordan foregår prioriteringen af udfordringer? Prioriteringen af mål og prioriteringen af indsats?
- Hvordan inddrages borgeren i prioriteringerne? Hvordan vægtes borgerens erfaringer?
- Bliver der aftalt en fast dato for næste møde?

### **Oplevet udbytte når der er lavet en KI-plan**

- Hvilke erfaringer har I med at bruge KI-planen efter der er holdt et møde?
- Hvor deler I opgaven – dvs. er I blevet mere klar over de andres indsats, og kan I derfor dele opgaven anderledes/bedre?
- Har I fået et andet ansvar end før – eller har I sluppet noget ansvar?
- Har samarbejdet om KI givet bedre viden om hinandens opgaver og de muligheder I tilsammen har for at hjælpe borgerne?
- Oplever I bedre kommunikation og koordinering mellem de involverede fagpersoner?
- I hvilket omfang understøtter KI en klar opgavedeling på tværs af involverede fagpersoner?

- I hvilket omfang understøtter KI kontinuitet i relationen mellem fagpersoner og borgere?
- Bedre overleveringer og planlægning der understøtter af borgerne får relevant behandling?
- Vurderer I at KI giver mulighed for mere intensiveret koordination og støtte til særligt sårbare borgere?
  - Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvilke eksempler er der på at KI har gjort en positiv forskel for borgeren? Ideer til hvad der kunne øge udbyttet?

### **Fremadrettet**

- I hvilket omfang imødekommer arbejdet med KI jeres behov?
  - Ideer til justeringer/forbedringer?
- Matcher setup omkring KI borgernes behov? Ideer til justeringer?
- Set fra jeres side, hvad er de største udfordringer for at I kan arbejde med målgruppen af dobbeltdiagnosticerede? Hvad skyldes forhold i jeres egen organisation? Hvad skyldes forhold i andre organisationer?

### **Afrunding**

- Bedste råd til de ansvarlige for indsatsen?
- Noget vi har glemt/spørgsmål til os?

## Bilag 3    Borgerperspektiver på KI-planer og indholdet af udarbejdede planer<sup>10</sup>

Dette bilag er udarbejdet af Kompetencecenteret. Kapitlet beskriver for det første to borgers perspektiver på den KI-plan de hver i sær har fået og for det andet en gennemgang af indhold og kvalitet som er baseret på 17 af de i alt 21 KI-planer der er lavet.

### Borgernes perspektiver

Afsnittet er baseret på interview med to borgere, som er gennemført af projektlederen v. kompetencecenteret. De to informanter er en mand og en kvinde. En af dem bor på et socialpsykiatrisk bosted, den anden bor i sin egen lejlighed. Den ene borger har fået udarbejdet i alt 3 koordinerende indsatsplaner, den anden har fået udarbejdet 2 indsatsplaner.

**Borger 1:** Førstnævntes forløb med en KI er startet under en indlæggelse på en åben psykiatrisk afdeling. Denne borger har efterfølgende fået afholdt et indsatsplanmøde mere i forbindelse med en anden indlæggelse på samme afdeling og herefter har misbrugsbehandlingen overtaget teten og afholdt et indsatsplansmøde i deres regi.

**Borger 2:** Sidstnævnte borgers forløb med en KI er startet i misbrugsbehandlingen, hvor der er afholdt et opfølgende indsatsplansmøde, hvor hans forløb med KI blev afsluttet, da han ikke var motiveret for at gå ind i de tilbud, misbrugsbehandlingen tilbyder. På det afsluttende indsatsplanmøde fik borgeren med egne ord at vide, at han når som helt er velkommen tilbage i misbrugsbehandlingen, hvis han bliver motiveret.

Begge borgere har deltaget i de indsatsplansmøder, der er holdt i deres forløb. Borgerne har begge ønsket at fortælle om deres syn på samarbejdet med og mellem de fagprofessionelle, de har omkring sig, såvel som om deres ønsker til forbedringer af samarbejdet og den hjælp og støtte de oplever, at de har brug for.

### Metode

Der er interviewet i alt 2 borgere. Borgerperspektivet på KI-planen er således kun sporadisk belyst. Det skyldes, at det – på trods af en ihærdig indsats fra Kompetencecenter for Dobbeldiagnosers side – kun er lykket at rekruttere to borgere.

### Rekruttering

I forbindelse med rekrutteringen af deltagere til borgerinterview, har Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser været i kontakt med tovholderne på de KI-planer, der er udarbejdet i samarbejdsprojektet mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. Tovholder eller kontaktperson har for størstedelen af borgernes vedkommende vurderet, at borgerne for tiden var for 'kaotiske' eller 'dårlige' - og i nogle tilfælde ville have dårligt af - at deltage i interviewundersøgelsen. Disse borgere er ikke blevet spurgt, om de ville deltage. Andre borgere har været i en periode, hvor det for kontaktpersonerne omkring den enkelte har handlet om at 'samle borgeren op' eller 'få genetableret borgeren i behandlingen'. I forhold til disse

---

<sup>10</sup> Kapitlet er udarbejdet af Sidsel Stærmosé Busch og Katrine Schepelern Johansen, som begge er fra Region Hovedstadens Kompetencecenter for Dobbeldiagnose.

borgere har kontaktpersonerne haft så lidt - og nogen gange slet ingen – kontakt, at det praktisk talt ikke har været muligt at spørge, om de ville deltage i interviewundersøgelsen. Dertil kommer, at enkelte kontaktpersoner til borgere, der har fået udarbejdet en koordinerende indsatsplan ikke har reageret på kompetencecentrets henvendelse på trods af gentagne opfølgninger.

Tovholderen har selv spurgt nogle borgere, om de ville deltage i interviewundersøgelsen, andre gange har tovholderen været behjælpelig med at sætte kompetencecenteret i kontakt med borgerens kontaktpersoner i hospitalspsykiatrien, distriktpspsykiatrien og/eller socialpsykiatrisk bosted, som på vegne af kompetencecentret har spurgt borgerne, om de ville deltage i interviewundersøgelsen.

### **Interview**

Et af interviewene er foregået i et mødelokale på det socialpsykiatriske bosted, hvor borgeren bor. Det andet er foregået i et mødelokale på afd. M på Psykiatrisk Center Sct. Hans, hvor borgeren var indlagt på tidspunktet for interviewet.

Interviewene blev afviklet med afsæt i en interviewguide, se bilag 3. Det ene interview er relativt kortfattet (30 minutter), da borgeren ikke kunne huske de indsatsplansmøder, der var afholdt i hendes forløb og heller ikke kunne mindes at have set den skabelon, der bruges til at udarbejde en KI-plan. Denne borger kunne imidlertid godt beskrive, hvordan de fagprofessionelle, hun har haft omkring sig i den periode, hun har været i et forløb med KI, har holdt en række fællesmøder og snakket sammen, og hvordan samarbejdet med og mellem de fagprofessionelle har fungeret. Der er altså ikke tale om, at hun ikke kan huske, *hvad* der foregik i den periode, hun har været i et KI-forløb, men snarere at hun ikke har bidt mærke i, hvorvidt fællesmøder med de fagprofessionelle, hun har omkring sig, betegnes som et KI-møde eller om den plan, de i fællesskab har lagt, kaldes for en KI-plan. I forhold til denne borger drejede interviewet sig generelt om hendes syn på samarbejdet med og mellem de fagprofessionelle hun har rundt om sig. Det andet interview varede fem kvarter og kom omkring alle temaer i interviewguiden.

Begge interview blev optaget og der blev taget udførlige noter undervejs. Efterfølgende er de to interview blevet lyttet igennem af forfatteren til borgerdelen for at identificere de emner, som interviewguiden omhandler og de emner, som informanterne selv pegede på som vigtige.

Med kun to interview er der tale om et spinkelt materiale, der kun kan give en sporadisk fornemmelse af borgernes oplevelse af og perspektiv på KI-planen. Afsnittet bør læses med dette in mente. Når det er sagt, er det dog også vigtigt at fremhæve, at de forhold, som borgerne peger på i deres fortællinger om KI-planen er genkendelige for projektlederne – der løbende har monitoreret arbejdet med de koordinerende indsatsplaner i de to år, det har pågået – og derfor bør borgerdelen ses - om end ikke som fyldestgørende – men som vigtige udsagn om borgernes oplevelse af KI- indsatsen.

#### *Etik i forbindelse med borgerinterview*

Borgerne er blevet lovet anonymitet. Intervieweren har beskrevet formålet med interviewet tydeligt. Der er anvendt skriftligt informeret samtykke. En af borgerne afviste at skrive under på en samtykkeerklæring, men fastholdt samtidigt et ønske om at deltage i undersøgelsen. Da der er tale om en interviewundersøgelse omhandlende tidligere erfaringer, har vi vurderet, at borgerens ønske om at komme til orde og fortælle om sine erfaringer, opvejer vores behov for en skriftlig samtykkeerklæring.

Interviewene er gennemført af en medarbejder fra Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser, der har omfattende erfaring med at interviewe mennesker, som er psykisk sårbare. Dette for at sikre, at interviewene ikke blev ubehagelige for borgerne at deltage i.

## Borgernes oplevelse af KI-samarbejdet

Begge borgere synes ideen om KI-planen og fælles møder med og mellem de fagprofessionelle, de har rundt om sig, er god.

### Stemningen på KI-mødet

Begge borgere beskriver indsatsplansmøderne som gode møder med en rar stemning. Den ene borger var dog nervøs forud for mødet ved tanken om at deltage i mødet, og begge oplevede det som udfordrende at være til stede under møderne sammen med så mange mennesker, der sad og talte længe om dem. Den ene borger påpeger desuden, at de fagprofessionelle nogle gange 'talte hen over hovedet' på ham. Begge borgere fortæller dog, at de godt 'turde sige noget' under møderne. Endelig oplevede den ene borger det generende, at tovholderen ofte mindede mødedeltagerne om at 'passe på tiden'.

### Oplevelsen af inddragelse i KI-forløbet

Borgerne oplevede, at de fagprofessionelle på indsatsplansmødet på forhånd havde forberedt en plan for deres fremtidige forløb, og at de under indsatsplansmøderne primært blev bedt om at tage stilling til, hvorvidt de ønskede at gå ind i dette forløb eller ej.

*Borger 1: Der var en plan, som der blev taget udgangspunkt i.*

*Interviewer: Så tovholderen havde lavet planen og så...?*

*Borger 1: Det er klart, hvis jeg havde spørgsmål eller var uenig i noget, så kunne jeg sige til.*

*Borger 2: Vi snakkede meget om Sct. Hans på møderne. De sagde til mig, at det var den eneste måde, de kunne hjælpe mig på, det var at sende mig ned på Sct. Hans.*

*Interviewer: Så er det planen, at du skal derned på et tidspunkt?*

*Borger 2: Nej. Fordi så gav de mig spørgsmålet, om jeg ville ned på Sct. Hans eller om jeg ikke ville, og så sagde jeg nej. Det var jeg ikke parat til. [...] Jeg synes, det var det der med, at det var enten Sct. Hans eller ingenting.*

*Interviewer: Og du kunne godt have tænkt dig nogle alternativer?*

*Borger: Ja, præcis! Jeg kunne godt have tænkt mig, at der var nogle flere eller at vi sammen fandt ud af eller at der bare var nogle flere måder vi kunne se på, hvordan det her kunne løses.*

Borgernes oplevede dét, at fagpersonerne på forhånd og udenom borgeren selv, havde taget stilling til, hvad der var det rette for borgeren, modsatrettet. Den første borger var glad og taknemmelig for, at de fagprofessionelle havde arbejdet godt sammen om at få tilrettelagt hendes forløb forud for fællesmøderne. Hun fortalte begejstret om, hvordan den ene fagpro-

fessionelle 'fandt' den næste fagprofessionelle 'til hende' og fremhæver det, at en række forskellige fagprofessionelle samlede sig omkring hende og følgelig hurtigt fik en bevilling igennem til døgnbehandling, som meget vigtigt og hendes primære udkomme af KI-planen.

I modsætning hertil ville den anden borger gerne have været draget mere ind i og haft større indflydelse på tilrettelæggelsen af eget forløb og oplever ikke, at arbejdet med KI imødekommer hans behov. Denne borger fortæller, at tovholderen på hans KI-plan spurgte ham, om hun måtte invitere en række konkrete personer til et fællesmøde, der skulle holdes. Derudover havde tovholderen ikke fortalte ham ret meget om KI eller om KI-mødet. Han havde fået et brev, hvori der stod, hvor og hvornår han skulle møde op. Set i bakspejlet kunne han godt have tænkt sig, at han havde været med til at udarbejde dagsordenen for indsatsplansmødet, og - som det fremgår af ovenstående udtalelse - at de i fællesskab kunne have snakket sig frem til, hvordan han kunne få bedre hånd om sit misbrug og tilværelsen generelt, når nu han oplevede, at han ikke var parat til at komme på Sct. Hans, som de fagprofessionelle foreslog under mødet.

### **De rette deltagere på KI-mødet?**

I forhold til de personer, der har været involveret i arbejdet med borgernes KI-planer, har den ene borger ikke nogen kommentarer til, om hun synes, at der var nogen, der manglede på indsatsplansmøderne. Af interviewet fremgår det tydeligt, at hun ikke har noget overblik over, hvilke tilbud der eksisterer og hvad der er målrettet hende. Den anden borger nævner på eget initiativ, at han ikke har dette overblik og heller ikke er inde i reglerne for, hvad han har ret til. Denne borger er imidlertid meget ærgerlig over, at jobcentret ikke var repræsenteret på indsatsplansmøderne. Hans kontaktperson fra jobcentret var inviteret til begge møder, men meldte afbud til det første møde grundet sygdom og til det andet grundet ferie. Borgeren ville gerne have haft jobcentret inddraget i arbejdet med sin indsatsplan således, at mødet også havde handlet om, hvor han står arbejdsmæssigt. For selv han ikke står noget sted arbejdsmæssigt, som borgeren selv beskriver det, så er spørgsmålet om, hvordan han kommer ud af sin lejlighed og får noget indhold i sit liv og noget at give sig til noget af det, der ligger ham mest på sinde. Under indsatsplansmøderne havde borgeren en oplevelse af, at de fagprofessionelle alene henviste til hans fremtidige indsatser med jobcentret, når han bragte sit ønske om at blive stimuleret i hverdagen og indgå i en eller anden form netværk eller fællesskab. Fraværet af fagpersonen fra Jobcenteret havde således også den betydning, at borgeren ikke oplevede det muligt, at arbejde ud fra dét, der var et af hans primære mål såvel som motivation for forandring.

En af borgerne havde sin mor og bror med til indsatsplansmøderne og fremhæver sine gode erfaringer med at involvere pårørende i arbejdet med KI. Han fremhæver det at have nogen med til møderne, som både kender til, hvad han har været igennem i forhold til sygdom og misbrug og som kender ham som menneske, som rigtig rart. Dels fordi, der er tale om kendte ansigter, dels fordi hans pårørende taler hans sag, hvis han selv har svært ved at få sagt det, han gerne vil under møderne. De pårørende tilstedeværelse under mødet hjælper til, at han føler sig mere tryk og (lidt) mere lyttet til på indsatsplansmøderne.

Begge borgere har en oplevelse af, at KI er en hjælp for de fagpersoner, de har omkring sig. De har begge en oplevelse af, at de fagpersoner, de i tidens løb har haft omkring sig, ikke har haft ret meget kendskab til hinandens områder og heller ikke har haft talt sammen. De nævner begge to, at de ofte ufrivilligt har oplevet at stå med en opgave med at agere bindeled mellem de forskellige fagprofessionelle og på bedste beskub har forsøgt at fortælle én instans, hvad en anden instans har fokus på at hjælpe dem med. I sammenhæng hermed fremhæver den ene borger, at det ofte ærgrer ham, når han er nød til at agere bindeled, fordi det tager tid fra hans i forvejen sparsomme tid med sine hjælpere. Det kan også nogle gange være en kilde til



usikkerhed at agere bindeled mellem instanser, fortæller borgeren, fordi han kan være i tvivl om, hvorvidt de informationer, han videregiver, nu også er helt rigtige, og om det kan have en negativ indflydelse på den hjælp og støtte, han får, hvis de ikke er det.

### **Imødekommer KI-samarbejdet borgernes behov?**

Af de præsenterede borgersynspunkter fremgår det, at en borger oplever, at KI-planen møder hendes behov. Hun tænker, at det øgede samarbejde, der på det seneste har været mellem de fagprofessionelle rundt om hende har resulteret i, at hun nu er i den behandling, som er nødvendig for hende. Den anden borger har i langt mindre grad oplevelsen af, at KI-planen afhjælper de udfordringer, han står over for. Denne borger siger, at selvom KI er en hjælp for de personaler, han har omkring sig, så har den ikke gjort nogen reel forskel for den behandling, hjælp og støtte, han modtager.

*Interviewer: Tænker du, at den koordinerende indsatsplan dén plan, du har manglet? Er det lige, hvad du har brug for?*

*Borger: Nej.*

*Interviewer: Du har allerede været inde på det her med, at det på den ene side er godt, at folk får snakket sammen, men på en anden side, så ...*

*Borger: Ja. Det var godt, at folk snakkede sammen. Men på den anden side, så var det ligegyldigt. Det var bare ord. Der var ikke nogen forandring ved det. Det gav ikke noget skub. Det havde jeg håbet på, at det gjorde. Men det blev bare ved med at være, som det altid er.*

Som det fremgår af ovenstående borgerudtalelse, så peger denne borger også på, at KI-planen ikke har levet op til hans forhåbninger og ønske om forandring. Det er forandring i forhold til misbrug og tilværelsen mere generelt, denne borgere taler om. Borgeren oplever, at han har brug for hjælp til at blive 'motiveret' eller 'klar' til den misbrugsindsats, som personalet har foreslået ham i forbindelse med arbejdet med KI, men ikke at KI-planen hjælper ham med at blive det.

*Interviewer: Hvad kom der ud af indsatsplanmøderne?*

*Borger: Jeg skulle finde ud af, om jeg var motiveret for at være motiveret.*

*Interviewer: Gav det mening for dig?*

*Borger: Ja, det gjorde det. Men der var ikke nogle hjælpemidler til det.*

*Interviewer: Hvad kunne det være? Hvad kunne du godt tænke dig?*

*Borger: Hjælpemidler. Hmm. Det ved jeg ikke. Men et eller andet, så jeg ikke bare sad og skulle klare den selv. [...] Det er jo mig, der skal tage kampen, og så er det bare det der med, hvordan finder jeg så hjælpemidler til det?*

Afslutningsvis er det værd at nævne, at når man taler med ovennævnte borger om hans behov og ønsker i forhold til at få koordineret og skabt 'sammenhæng' i de indsatser, han har omkring sig, så taler borgeren ikke alene om glidende overgange mellem regionale og kommunale sektorer eller om at få samarbejdet mellem forskellige fagprofessionelle til at køre. Når man taler med borgeren om hans behov og ønsker i forhold til sammenhæng, så taler han også om at få psykiatri og misbrugsindsatser flettet mere ind i tilværelsen således, at han fx bliver mindre

isoleret og mere stimuleret i hverdagen, og oplever sammenhæng i tilværelsen i en mere generel forstand.

## Kvalitet og indhold af de udarbejdede KI-planer<sup>11</sup>

Der er frem til medio januar 2017 blevet udarbejdet 21 KI-planer. Af disse har 17 været tilgængelige for kompetencecenteret og de danner baggrund for vurderingen i dette afsnit. Der er således fire planer, som ikke indgår. Ud af de 17 planer, der indgår i nærværende afsnit er fire lavet i fællesteamet på fire forskellige personer, og 13 er lavet i psykiatrien eller misbrugsbehandlingen. Ud af disse 13 planer har én person fået udarbejdet tre KI-planer og to personer, der har fået udarbejdet to KI-planer. Og så er seks personer, der har fået udarbejdet én KI-plan.

De 17 KI-planer er blevet gennemgået i forhold til nedenstående liste af punkter. Fokus i afsnittet er på kvaliteten af selve planen – dvs. det indholdsmæssige:

- Hvem har lavet KI-planen?
- Deltager borgeren i mødet?/Hvordan er borgeren blevet inddraget?
- Hvor mange deltager?
- Hvorfra?
- Hvor mange har sendt afbud?
- Er kontaktoplysningerne på deltagerne udfyldt?
- Er de forskellige punkter i KI-planen udfyldt?
- Er der aftalt et opfølgende møde?
- Fremgår det klart, hvem der er tovholder for den konkrete KI-plan, og hvem der indkalder til næste møde?
- Er der sammenhæng mellem beskrivelsen af borgerens problemer og de løsninger, der skitseres?
- Er teksten forståelig?
- Er borgerens problemer og de løsningsforslag, der skitseres, udfoldes på en sådan måde, at man faktisk kan forstå, hvorfor det er et problem, og hvad løsningen/erne går ud på?
- Er der lavet mere end en KI-plan på borgeren?
- Er der sammenhæng mellem KI-planerne?
- Er der ændringer i de mål, som der arbejdes med i de forskellige KI-planer?

## De 13 KI-planer fra psykiatrien og misbrugsbehandlingen

Kompetencecenterets samlede vurdering er, at der er en god kvalitet i KI-planerne. Som ekstern læser kan man ind i mellem godt ønske sig en mere udførlig beskrivelse af borgerens baggrund og problemer, men vejledningen peger netop på, at fokus skal være på situationen her og nu, og det lever KI-planerne op til.

På en enkelt KI-plan er det ikke markeret om borgeren har givet samtykke, men borgeren deltager i KI-mødet, så man må gå ud fra, at dette er en fejl. Borgerne deltager i alle KI-møderne undtaget ét og her fremgår det tydeligt, at vedkommende har bedt en konkret kontaktperson om at fungere som vedkommendes talsperson. I syv af KI-planerne er borgerens perspektiv refereret under punktet 'kort status'. Der deltager pårørende i fire af KI-møderne, og deres perspektiv er refereret i KI-planen.

---

<sup>11</sup> To anonymiserede KI-planer, er vedlagt som bilag 5.

Deltagerne i KI-møderne er, udover borgeren, typisk personale fra psykiatrien og rusmiddelbehandling. Hvor borgeren bor på botilbud, er der typisk også kontaktpersoner med derfra. Der deltager læger fra psykiatrien til seks KI-møder. Læge fra rusmiddelcenteret har været indkaldt til to KI-møder, men har måttet melde afbud. I et tilfælde deltager en psykiater i sin egenskab af at være tilknyttet botilbuddet. I en KI-plan refereres der til, at planen efter aftale skal sendes til borgerens praktiserende læge. Ellers er disse fraværende i materialet.

Der er kun registreret få afbud (den ene borger, der har deltager i interview peger på dette som et problem – vedkommendes to KI-møder er også nogle af dem, som har haft flest afbud – to fagpersoner ved begge KI-møder). Ud over disse to møder er der ét KI-møde yderligere, hvor der har været afbud fra to fagpersoner og to møder, hvor der har været afbud fra én fagperson. Og otte KI-møder, hvor alle fagpersoner ifølge KI-planen har deltaget.

I næsten alle KI-planerne er kontaktoplysninger på koordinator og fagpersoner udfyldt. Ved en enkelt er kun nævnt navn og ansættelsessted, ved en anden mangler et telefonnr. Men ellers er oplysningerne tilgængelige.

I alle planer på nær én er det tydeligt, hvem der er tovholder på KI-planen og dermed også, hvem der har ansvaret for at indkalde til det næste KI-møde. Den plan, hvor det ikke angives præcist, hvem der er tovholder (der står: DPC eller Rådgivningscenteret) er der til gengæld lavet en hel præcis aftale om det næste indsatsplansmøde (med dato og klokkeslæt).

I fire af KI-planerne fremgår der dato på et opfølgende møde. Ved de øvrige ni KI-planer fremgår det, at der skal afholdes et møde, hvis der opstår behov. Ved fem af disse er det eksplicit aftalt, hvem der står for indkaldelsen.

I alle KI-planerne er der en sammenhæng mellem de problemer, der beskrives, og de indsatser, som der arbejdes med. Der sker også i alle KI-planer en prioritering af, hvilke problemer, der er vigtigst og som skal adresseres først. Og det fremgår, hvem der er ansvarlige for de konkrete indsatser. Der er et par af KI-planerne, hvor man enes om, at der skal søges om døgnophold eller henvises til afd. M på Sct. Hans. I disse planer beskrives indsatser, der skal foregå i venteperioden, men der beskrives ikke en 'plan 2' – dvs. hvad skal der ske, hvis fx døgnopholdet ikke bevilges. Formentlig vil der ske indkaldelse til et nyt KI-møde i den situation.

Som nævnt er der på tre af borgerne lavet mere end en KI-plan. I disse tre forløb ændrer KI-planerne sig over tid – dvs. at deltagerne på møderne forholder sig konkret til de forandringer, der er sket i borgerens situation, og hvilke indsatser, der i den nye situation skal prioriteres og gennemføres. Der er således ikke tale om, at indsatserne bare kopieres fra den ene plan til den næste.

## De fire planer fra Fællesteamet

Som nævnt tidligere bruges KI-planerne lidt anderledes i fællesteamet end i det øvrige behandlingssystem. Hos fællesteamet bruges KI-planerne i højere grad som en løbende plan, der beskriver fællesteamets indsats. Der er dermed ikke samme behov for fastlæggelse af aftaler om næste KI-møde, og der findes kun en KI-plan på hver borger, der til gengæld løbende justeres i forhold til borgerens udvikling.

Indholdsmæssigt ligner de fire KI-planer fra fællesteamet dog de øvrige 13 planer, der er gennemgået ovenfor. Det vurderes, at der også her er en god kvalitet i KI-planerne. Der er på tilsvarende vis sammenhæng mellem de problemer, der beskrives og de indsatser, der planlægges. Og det beskrives, hvem der har ansvaret for de forskellige indsatser.

Deltagerne i KI-møderne er primært medarbejderne i fællesteamet, kontaktpersoner fra botilbuddet og den tilknyttede psykiater. Der har ikke været deltagelse af pårørende og så vidt det kan ses heller ikke af borgeren selv. På en KI-plan fremgår det, at borgeren har meldt afbud men efterfølgende har set og godkendt KI-planen. Der er givet samtykke til alle KI-planerne.

Der, hvor KI-planerne adskiller sig mest, er i forhold til kontaktoplysninger på kontaktpersoner. Det fremgår tydeligt, hvem der er tovholder og der er altid telefonnr. på fællesteamets medarbejdere. Men ikke på botilbuddets kontaktpersoner eller læge. Indtrykket er, at det skyldes, at KI-planen i regi af fællesteamet primært fungerer som fællesteamets plan og som et samarbejdsredskab med botilbuddet, og da både borgere, fællesteam og kontaktpersoner på botilbuddet dagligt færdes og mødes på botilbuddet er der i mindre grad end ved de øvrige KI-planer behov for, at kontaktoplysningerne er systematisk udfyldte.

## Opsamling

Overordnet tegner de to interview et billede af, at de to borgere som udgangspunkt synes, at KI-planen er en god ide. De to borgere synes, at indsatsen er en god hjælp til personalet, som de har rundt om sig, og KI afhjælper deres oplevelse af at skulle agere bindeled mellem forskellige personaler. Den ene borger peger på det øgede samarbejde mellem sine fagprofessionelle hjælpere som det, der har foranlediget, at hun får den behandling, hun har brug for pt. Den anden borger taler ikke om KI som noget, der møder hans behov og løser udfordringerne i hans tilværelse.

Kompetencecenteret vurderer på baggrund af gennemgangen af de skriftlige planer, at kvaliteten generelt lever op til målsætningerne for KI-planen. Det fremgår samtidig at kvaliteten af de planer der udarbejdes i – og uden for – Fællesteamet er sammenlignelig. Deltagerkredsen i Fællesteamet er typisk er mere afgrænset, sammenlignet med de øvrige planer, og indholdet planerne afspejler at de i højere grad er resultatet af en ad hoc proces. KI-planerne i Fællesteamet har således i højere grad karakter at være et internt redskab for teamet, end et redskab der involverer forskellige fagpersoner på tværs af organisationer.

## Bilag 4 Referater af KI-planer

For at give en fornemmelse af, hvordan KI-planerne ser ud, har vi udvalgt to, som er vedlagt som illustration. De to planer er blevet anonymiseret og der er blevet ændret forskellige detaljer i planerne for at sløre borgere og medarbejdere.

### Koordinerende indsatsplan 1

#### Stamoplysninger

Navn: xxxxx

Adresse: xxxxx

Tlf.nr.: xxxxxxxx

E-mail:

Cpr. nr.: xx xx xx-xxxx

**Samtykke** fra borger i forhold til at udarbejde koordinerende indsatsplan: Ja/nej (vælg) JA

#### Kontaktpersoner

**Tovholder:** kontaktperson fra Rusmiddelbehandling

#### Fagpersoner:

- Behandler fra Rusmiddelbehandling
- Kontaktperson/Distriktssygeplejerske
- Konsulent fra Jobcenteret – telefon?
- Kontaktperson fra Botilbuddet
- Læge fra DPC X

#### Pårørende:

- XXX
- XXX

#### Indsatsplansmødet

Dato for mødet: xx.xx.xxxx

Tilstede: Borger, kontaktperson (botilbuddet), kontaktperson (distriktssygeplejerske), behandler (Rusmiddelbehandling), Kontaktperson (Rusmiddelbehandling), pårørende 1, pårørende 2.

Afbud: IPS-konsulent (JC), Læge DPC X

#### Kort aktuel status

Deltagerne fortæller på skrift om deres indsats i forhold til borgerens aktuelle situation: Basale rammer (fx bolig, økonomi, familie, netværk, beskæftigelse), aktuelt om den psykiske sygdom, aktuelt om misbruget, relevant viden fra andre planer.

## Kort resumé af hver indsats:

Rusmiddelbehandling: XX har været til 3 samtaler med xx (behandler i rusmiddelbehandlingen) siden hun startede i behandling. Samtalerne har været med ca. 14 dages mellemrum. I samtalerne er der blevet talt om xxs (borgers) motivation til at stoppe misbruget. Der er tvivl om hvorvidt der er motivation for at stoppe. xx har fået hjemmeopgaver som skulle løses fra gang til gang, hvilket ikke er lykket xx at overholde. Der er tvivl om hvorvidt xx kan komme ud af sit misbrug vha. samtaleforløb i Rusmiddelbehandling eller om hun skal tilbydes et mere intensivt tiltag.

Borger: xx fortæller at hun er meget ambivalent om hun skal stoppe sit misbrug eller fortsætte. Hun har fået en vennekreds som hun er rigtig glad for, og har svært ved at skulle vælge dem fra hvis hun vil stoppe hans misbrug. xx fortæller at hendes behandling ikke er gået så godt, der skal laves hyppigere aftaler hvis det skal hjælpe. Hashen spænder ben for xx, og gør at hun ikke opnår de ting hun gerne vil såsom en kæreste og arbejde. xx siger, at hun er motiveret for at blive motiveret.

Pårørende/Familien: Familien har det seneste stykke tid ikke haft meget kontakt med xx (borger). xx er pt uden mobil, hvilket gør det svært og komme i kontakt med hende. Efter xx har fået den nye vennekreds ser familien hende ikke så meget som de gjorde inden. Familien vil støtte og hjælpe xx så meget de kan for at hun kommer ud af sit misbrug. Der er blevet lavet aftaler med xx i forhold til økonomien, og de har fundet en løsning på hvordan hun får penge.

Botilbuddet: Xx (kontaktperson) har kendt xx i et års tid og hjælper xx med at få dagligdagen til at fungere vha. ugeskemaer. Der bliver skrevet op i ugeskemaet hvad der kommer til at ske i løbet af ugen og hvilke aftaler der er blevet lavet. Der er udfordringer når der bliver lavet aftaler med xx, hun har svært ved at overholde dem. Xx (borger) har fortalt xx (kontaktperson) at hun gerne vil overholde aftalerne med hende, men at det er svært for hun vil også gerne ses med vennerne. Der har været udfordringer omkring gåture med xx (kontaktperson) som xx (borger) har svært ved at møde op til. Xx (kontaktperson) fortæller at xx (borger) får selvmordstanker når hun får det dårligt, og hun inden for den sidste uge fortalte xx (kontaktperson) om det.

Psykiatrien: Xx (distriktssygeplejerske) har aftaler med xx (borger) ca. hver 14 dag. Der er samtaler med xx (borger) omkring motivation for at stoppe sit misbrug og sætte grænser, men xxs motivation er meget lav lige nu. Xx (distriktssygeplejerske) fortæller at samtalerne også går med at vurdere, hvor xx (borger) er i forhold til Psykose, samt være psykoseforebyggende. Det vurderes at hun ikke er psykotisk.

## Identifikation af borgerens mest akutte udfordringer

Mest akutte udfordringer i prioriteret rækkefølge:

- **Misbrug:** Xxs hashmisbrug er steget siden indskrivningen. Hun ved ikke hvor meget hun præcist ryger, da hun også ryger med på vennernes joints. xx ved ikke, om hun ønsker at stoppe med at ryge hash, da hun kan være bange for, at hun så vil miste de venner som hun nu endelig har fået. Meget af fællesskabet er omkring hashrygningen. Samtidig siger hun, at hashen spænder ben for hende; hun kan ikke få arbejde eller kæreste.
- **Psykisk ustabilitet:** xx føler sig psykisk skrøbelig for tiden. xx trækker sig fra familien og de oplever hende som mere indelukket, hvilket tilskrives hashen.

- **Det sociale netværk:** xxs nye netværk på botilbuddet ryger som nævnt alle hash. xx siger nej til at deltage i andre fællesaktiviteter for at være sammen med de nye venner og ryge hash.

**Fælles mål og prioritering:** Med udgangspunkt i den fælles vurdering af de mest akutte udfordringer aftaler deltagerne hvilke mål og indsatser, der skal prioriteres. Her er det vigtigt at inddrage borgerens ønsker for fremtiden (bolig, uddannelse, job m.m.). Det er også vigtigt at inddrage borgerens eget syn på tidligere indsatser. Er der nogle indsatser, som tidligere har hjulpet/ikke hjulpet, og som skal prøves/ikke prøves igen?

**Mål i prioriteret rækkefølge:**

1. Målaflklaring i forhold til xxs misbrug
2. Struktur i hverdagen
3. Styrkelse af det sociale stoffri netværk

Indsatser relateret til overordnede mål, inkl. ansvarlig, tidsplan og succeskriterier, i prioriteret rækkefølge:

Ad. 1. xx skal over de næste 2 samtaler med xx (behandler i rusmiddelbehandlingen) blive mere afklaret omkring sine målsætning i forhold til hashen.

Ad. 2. Der skal fremover være struktur i xxs hverdag. Det sker vha. ugeskemaer så hun ved hvad der kommer til at ske i løbet af ugen. xx skal fremover gøre en indsats for at overholde sine aftaler med xx (kontaktperson på botilbuddet) ang. gåture og være bedre til at komme ud og lave sociale aktiviteter. xx mener selv, at ved at der kommer mere struktur på hverdagen, kan frigive plads til at tænke over hvor hun vil hen i forhold til hashen.

Ad.3. På sigt skal xx præsenteres for tilbud som Fountain House. Desuden er xx fortsat tilknyttet IPS, hvorigennem hun kan få støtte til igen at komme i virksomhedspraktik. Har tidligere været hos en købmand. xx nævner selv, at det var hashen der i sin tid gjorde, at hun ikke kunne fortætte.

**Næste møde og godkendelse af planen**

**Dato for næste møde:** Der aftales nyt møde slut november – start december.

**Mødet indkaldes af:** xx, kontaktperson fra Rusmiddelbehandling

**Sted:** Rusmiddelbehandlingen

**Plan godkendt af borger:** Ja

## **Koordinerende indsatsplan 2**

Der er xx.xx.xxxx afholdt Koordinerende Indsatsplanmøde med følgende indhold:

**Koordinerende indsatsplan**

For borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug

**Stamoplysninger**

Navn: xxxxx

Adresse: xxxxx

Tlf.nr.:

E-mail:

Cpr. nr.: xx xx xx - xxxx

Samtykke fra borger i forhold til at udarbejde koordinerende indsatsplan: Ja

### **Kontaktpersoner**

Tovholder: Kontaktperson/sygeplejerske fra PCX

Fagpersoner: Læge fra PCX

Kontaktperson/socialrådgiver fra rusmiddelbehandlingen

Støtte Kontaktperson fra rusmiddelbehandlingen

### **Indsatsplansmødet**

**Dato for mødet:** xx.xx.xxxx

**Tilstede:** Borger, kontaktperson/socialrådgiver, sygeplejerske, læge, projektsygeplejerske/referent

**Afbud:** Støttekontaktperson fra Rusmiddelbehandlingen

### **Kort aktuel status**

**Borger:** Xx selv ønsker at komme i døgnbehandling for sit misbrug efter indlæggelsen.

**Psykiatrien:** xx er indlagt siden xx.xx.xxx på grund af depression og påtrængende selvmordstanker. Metadon behandling er fortsat med samme dosis som xx får på Rusmiddelcentret. Psykiatrisk behandles for depressions symptomer og mindske af selvmordstanker. xx er i bedring men stadig selvmordstruet og har fortsat brug for indlæggelse og stabilisering. Han har under indlæggelsen røget hash få gange og ønsker som nævnt længerevarende behandling for misbrug, hvilket afdelingen støtter op om. xx fortæller, at han også går til sin praktiserende læge ind i mellem.

**Rusmiddelcentret:** xx har haft et aktivt forløb i Rusmiddelcentret i flere år. Henter medicin to gange ugentligt på rusmiddelcentret. xx får ofte selvmordstanker og bliver frustreret, men han kontakter Rusmiddelcentret og får hjælp til at håndtere situationen. I Rusmiddelcentret ser man også, at et længerevarende døgnbehandlingsforløb vil være gavnligt for xx. xx er indkaldt til retsmøde xx.xx.xxxx.

### **Identifikation af borgerens mest akutte udfordringer i prioriteret rækkefølge:**

1. Afgørelse i retten
2. Højddosis Metadonbehandling og sidemisbrug
3. Selvmordstanker

### **Fælles mål og prioritering**

1. Henvielse til behandlingsforløb på Sct. Hans Afd. M
2. Ophold på Forchhammervej mellem indlæggelse og plads på Sct. Hans
3. Alternativt ophold i Behandlingspraktik i xxxxx
4. Egen læge, xx, får denne plan tilsendt til orientering



Indsatser relateret til overordnede mål, inkl. ansvarlig, tidsplan og succeskriterier, i prioriteret rækkefølge:

- Ad. 1. PCX læge skriver og sender henvisning
- Ad. 2. og 3. Kontaktperson/socialrådgiver fra rusmiddelbehandlingen undersøger muligheder for og reservation af plads på henholdsvis Forchhammersvej og xxxxx og giver besked til PCX  
Hvis muligt koordineres udskrivelse og plads på midlertidigt ophold.
- Ad. 4. Planen sendes, når godkendt

### **Næste møde og godkendelse af planen**

**Dato for næste møde:** Aftales når datoer og plan er på plads eller senest ved udskrivelse

**Mødet indkaldes af:** Indtil udskrivelse er Tovholderfunktionen hos kontaktpersonen xx PCX, sygeplejerske xx.  
Efter udskrivelse overgår Tovholderfunktionen til kontaktperson/socialrådgiver fra Rusmiddelcentret

**Sted:** Aftales sammen med dato

**Plan godkendt af borger:** Ja, xx godkendte mundtligt aftalerne i mødet men ville gerne se den endelige skriftlige plan, før vi sendte planen til egen læge.

**Efterskrift:** Da xx efter eget ønske blev udskrevet dagen efter mødet, har han ikke set denne skriftlige plan, og den sendes derfor ikke til hans egen læge. (projektsygeplejerske, ref.)

## Bilag 5 De to organisationer, der skal samarbejde

Dette bilag beskriver de to organisationer – RHP og KK – som skal samarbejde om KI-planen. Formålet er at give en forståelse for nogle af de strukturer og grundforudsætninger, der er i organisationerne og følgelig også påvirker arbejdet med KI. Som det fremgår af nedenstående, er der tale om to forskellige organisationer, hvad angår organisationsform, visitering, lovgrundlag m.m. Dette sætter en ramme for samarbejdet om KI, og i nogle henseender også nogle barrierer for samarbejdet. KI-planen handler om at koordinere de eksisterende indsatser, der tilbydes hos henholdsvis rusmiddelbehandlingen og psykiatrien. Der er altså ikke tale om, at der bliver etableret nye, målrettede tilbud til dobbeltdiagnosegruppen, ligesom der ikke ændres på visitationskriterierne i de to systemer.

At der er tale om flere forskellige organisationer, der skal samarbejde, betyder også, at der i forvejen er en del forskellige planer i spil rundt om den enkelte borger. I kommunen kan der være en social handleplan og en behandlingsplan fra rusmiddelcenteret. For borgere, der bor på botilbud, kan der være en plan, der beskriver indsatser som led i opholdet på botilbuddet. Fra psykiatrien vil der være en behandlingsplan, og for nogle borgere kan der også være en udskrivningsplan eller en koordinationsplan. KI-planerne skal dermed implementeres i en kontekst, hvor der i forvejen findes en del planer.

### **Center for Rusmiddelbehandling, Københavns Kommune**

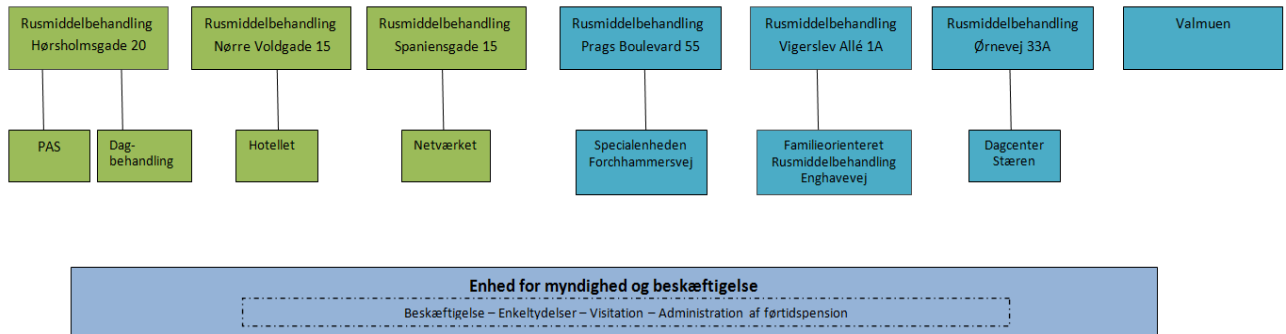
Målgruppen for Center for Rusmiddelbehandling København er borgere over 18 år med et problematisk brug af rusmidler, der er motiverede for at ændre alkohol- eller stofvaner, samt deres pårørende.

Centret er organiseret i to områder. Det ene område har som primær opgave at hjælpe borgere med at reducere eller stoppe deres brug af alkohol, hash, kokain og andre centralstimulerende stoffer. Det andet område har til opgave at hjælpe borgere med at stabilisere, reducere eller stoppe deres brug af opioider (heroin, illegal metadon m.fl.) De to områder består hver af tre enheder. Herudover består centret af en række specialtilbud, fx Valmuen, som tilbyder behandling med lægeordineret heroin for opioidafhængige borgere.

En oversigt over organisationen kan ses i nedenstående figur.

## BORGERCENTER VOKSNE

### Center for Rusmiddelbehandling København



Kommunal rusmiddelbehandling udføres i henhold til Servicelovens § 101 samt Sundhedslovens §§ 141 og 142.

Rusmiddelbehandlingen bygger på grundlæggende principper om frivillighed og frit valg i forhold til behandlingssted. Når en borger henvender sig træder behandlingsgarantien i kraft, hvilket betyder, at behandlingen opstartes senest 14 dage efter henvendelse.

Som udgangspunkt er der ingen ekstern henvisning/visitation på rusmiddelbehandling. Således kan alle borgere møde op i en af de seks rusmiddelenheder og starte i ambulat rusmiddelbehandling. Dag- eller døgnbehandling forudsætter dog visitation via Enhed for myndighed og beskæftigelse.

I den sociale rusmiddelbehandling udredes borgerens misbrug samt psykiske, fysiske og sociale tilstand. Der udarbejdes en behandlingsplan, der indeholder en beskrivelse af mål og plan for indsatsen, herunder konkrete arbejdsplaner. Behandlingen iværksættes med udgangspunkt i behandlingsplanen og kan enten være individuel- eller gruppebaseret. Behandlingen bygger på elementer fra systemiske, kognitive, narrative, løsningsfokuserede og motiverende metoder og adresserer temaer som: ambivalens, håndtering af trang, identitet, relationer, psyko- og rusmideledukation, fremtid mv.

Den sundhedsfaglige behandling i enhederne består af en lægefaglig helhedsorienteret udredning af de problemstillinger, som knytter sig til rusmiddelbruget. Iværksættelse af eventuel medicinsk behandling (antabus, substitutionsmedicin) sker på baggrund af en lægelig ordination.

Hvis der i udredningen er indikation på psykiske eller kognitive udfordringer foretages en indledende screening af centrets læger og evt. yderligere udredning ved centrets psykiatriske konsulent. Ofte henvises borgeren videre til psykiatrisk udredning og behandling ved enten praktiserende speciallæge i psykiatri eller i sygehuspsykiatrien i regionerne.

Borgere med lettere psykiske lidelser indgår i den almindelige terapeutiske behandling enten individuelt eller i gruppe. Centret har dog to tværgående psykologer, som på forsøgsbasis skal i gang med at tilbyde gruppebaseret rusmiddelbehandling for borgere med forskellige angstlidelser.

Herudover tilbyder centret fremskudt rusmiddelbehandling på udvalgte psykiatriske botilbud samt på stofscenen på Vesterbro.

### **Region Hovedstadens Psykiatri**

Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) består af ni psykiatriske centre og varetager den specialiserede psykiatriske behandling i Region Hovedstaden. Hvert center består typisk af nogle sengeafdelinger og så en række ambulante tilbud, fx pakkeforløb for ikke-psykotiske lidelser, Distriktpsychiatri til borgere med fx skizofreni eller bipolare lidelser, der har brug for langvarige forløb, OPUS-behandling for mennesker med en debuterende psykose og Opsøgende Psykose Team for borgere med psykotiske lidelser, der har brug for en opsøgende indsats for at fastholde kontakt med behandlingssystemet. Adskillige centre har også en akut modtagelse (skadestue) og forskellige tilbud i forlængelse heraf. I nærværende projekt indgår PC Amager, PC København og PC Frederiksberg.

Adgang til behandling i RHP foregår enten ved henvendelse i en akutmodtagelse eller via en lægelig henvisning til den centrale visitationsenhed (CVI). I begge sammenhænge vil der ske en vurdering af, hvorvidt den pågældende person er i målgruppen for psykiatrien. Psykiatriens målgruppe er mennesker, hvis psykiske sygdom er så alvorlig, at den ikke kan behandles i primærsektoren – dvs. hos privatpraktiserende læge, privatpraktiserende psykolog eller privatpraktiserende psykiater. Visitationskriterierne fremgår af CVIs hjemmeside. Alle læger kan skrive en henvisning. Visitationen foregår forholdsvis hurtigt – typisk i løbet af nogle dage. Der er en udrednings- og behandlingsret på en måned i psykiatrien. Til nogle specialtilbud kan der godt være længere ventetid. Ved manglende fremmøde til aftale behandlinger vil borgerene typisk blive afsluttet, og der skal foretages en ny visitation, hvis behandlingen skal genoptages.

Behandlingen i psykiatrien udføres i henhold til sundhedsloven. Muligheden for at udøve tvang – fx tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling – er reguleret af psykiatriloven. Dertil kommer straffeloven i forhold til borgere med en psykiatrisk særforanstaltning (anbringelse- eller behandlingsdom).

Behandlingen vil typisk være en kombination af medicinsk behandling, forskellige former for samtaleforløb – individuelt og/eller i gruppe – og forskellige former for miljøterapeutiske indsatser. For nogle typer lidelser tilbydes et struktureret terapeutisk forløb. Pårørende inddrages efter aftale med borgeren.

Der findes i RHP nogle få behandlingstilbud målrettet borgere med en dobbeltdiagnose. Der er dels afd. M, som tilbyder integreret dobbeltdiagnosebehandling baseret på kognitive principper. Målgruppen er mennesker med en psykisk sygdom inden for skizofreni, affektiv lidelse og emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse i kombination med afhængighed af et eller flere rusmidler. Afdelingen har 76 pladser. Dels specialambulatoriet, der tilbyder ambulat integreret behandling til mennesker med en alvorlig psykotisk lidelse og et kaotisk misbrug. Ambulatoriet har 80 pladser. På de distriktpsychiatiske centre har der frem til medio 2016 været mulighed for at tilbyde et forløb, der også inkluderede misbrugsbehandling, til borgere med en alvorlig psykotisk sygdom. Fremtiden for dette tilbud er på nuværende tidspunkt uafklaret. I flertallet i de øvrige psykiatriske behandlingstilbud kan der i nogle tilfælde forekomme misbrugsbehandling, om end fokus vil være på borgerens psykiske lidelse. I pakkeforløbene for de ikke-psykotiske lidelser udelukkes flertallet af borgere med misbrug (der er dog sket en mindre opblødning her i 2015).

### **Tværgående udfordringer**

Som beskrevet ovenfor, er der tale om to forholdsvis forskellige organisationer, der skal samarbejde. Et af de steder, hvor der er stor forskel på de to organisationer er i forhold til adgang. Hvor man i misbrugsbehandlingen bare kan møde op, skal man i psykiatrien visiteres til et

tilbud. Forankringen i henholdsvis et specialiseret sundhedssystem og et mere bredt socialsystem har også betydning i forhold til behovet for en præcis diagnose for at få adgang til psykiatrien, kontra et mere uspecifikt krav om at have 'problemer med rusmidler' i rusmiddelbehandlingen. De forskellige lovgivninger møder også de to organisationer forskelligt med forskellige krav i forhold til fx udredning, behandling, dokumentation m.m.



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00