

# Den Koordinerende Kontaktperson i Københavns Kommunes Socialforvaltning

---

Afsluttende status - 2012



Alle sagsbehandlerne i projekt 'Den koordinerende kontaktperson' fik en personlig logbog ved projektstart til refleksioner om og ideer til projektet

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b> .....	<b>3</b>
1.1	Den koordinerende kontaktperson – kort fortalt .....	3
1.2	Formål, målgrupper og faser i 'Den Koordinerende Kontaktperson' .....	4
<b>2</b>	<b>Dataindsamling</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>DKK: En ny metode, nye redskaber og arbejdsgang</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Projektets målsætninger, udfordringer og udviklingsområder</b> .....	<b>10</b>
4.1	Målsætninger.....	10
4.2	Baseline: Udfordringer og udviklingsområder ved projektstart.....	11
<b>5</b>	<b>Organisering og placering af DKK i Socialforvaltningen</b> .....	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>En ny arbejdsgang: Særlig koordineret indsats</b> .....	<b>18</b>
6.1	Grafisk trin-for-trin arbejdsgang til DKK .....	18
<b>7</b>	<b>Metoder og redskaber til DKK</b> .....	<b>19</b>
7.1	Udrettedagsorden: velkoordinerede møder.....	19
7.2	Metodeguide: Effektive og konstruktive møder .....	19
7.3	Netværkskort: Overblik over aktører i borgerforløb .....	19
7.4	Redskaberne er integreret i it-sagssystemet CSC Social.....	19
7.5	Vurderingskriterier – hvem er inkluderet i målgruppen?.....	20
7.6	DKKernes opgave: Social rådgivning, støtte og koordinering til målgruppen.....	22
7.7	Opgaverne i relation til hhv. borgerne og samarbejdsparter .....	24
<b>8</b>	<b>Evaluering af DKK</b> .....	<b>25</b>
8.1	Borgernes vurdering.....	25
8.2	De pårørendes vurdering.....	26
8.3	DKKernes vurdering.....	26
8.4	Eksterne samarbejdsparters vurdering .....	29
<b>9</b>	<b>Forankring af DKK i Socialcenter København</b> .....	<b>30</b>
9.1	Medarbejdernes forslag til byggestene i forankringen af DKK .....	31
9.2	Socialcenter Københavns forankringsplan for DKK .....	32

# 1 Indledning

## 1.1 Den koordinerende kontaktperson – kort fortalt

'Den koordinerende kontaktperson' (DKK) er en ny rolle i Socialforvaltningen i Københavns Kommune, der har til hensigt at styrke koordineringen i socialt udsatte borgeres sagsforløb. Der er i projektperioden udviklet en model for DKK, som består af følgende grundelementer:

- En ny arbejdsgang med handlevejledning til borgerforløb med særligt koordinerede indsatser
- Redskaber og metoder til koordinering og overblik i sagsforløb
- Kompetenceløft med fokus på effektive og velkoordinerede møder, dialog og forståelse af borgere med psykiske vanskeligheder samt samarbejde med psykiatrien.



Modellen for DKK er på [www.kk.dk/dkk](http://www.kk.dk/dkk).

Borgere, pårørende, og samarbejdsparter peger på, at DKK har givet et kvalitativt løft i form af bedre samarbejde med DKK-sagsbehandlere i socialforvaltningen. For borgerne er der især stor tryghed i, at DKKeren koordinerer sagsforløbet, hvor der kan være mange involverede professionelle med hver deres hjørne af indsatsen. Borgere og pårørende oplever klarhed og tydelighed ved, at DKKeren skaber overblik over indsatser og aktører i borgerens sagsforløb, hvor der ofte er både økonomiske, psykiske og sociale problemer, som skal håndteres. Samarbejdsparterne oplever en øget professionalisme hos DKKerne, idet samarbejdet og kommunikationen i konkrete sagsforløb er bedre forberedt og fulgt op.

Sagsbehandlere, der har udviklet og afprøvet redskaber og metoder i DKK, oplever selv en øget faglighed i selve sagsbehandlingen, bedre overblik og styring af forløb og samarbejde med kolleger i socialforvaltningen samt eksterne samarbejdsparter. Derudover vurderer DKKerne i forbindelse med implementeringen af modellen, at det har styrket mulighederne for borgerinddragelse i sagsbehandlingen. Den koordinerende funktion samt redskaberne og metoden til koordinering giver bedre plads til "borgernes stemme" i samarbejdet, hvilket understøtter en recovery-orienteret tilgang i DKKernes sagsbehandling og indsatser.

## 1.2 Formål, målgrupper og faser i 'Den Koordinerende Kontaktperson'

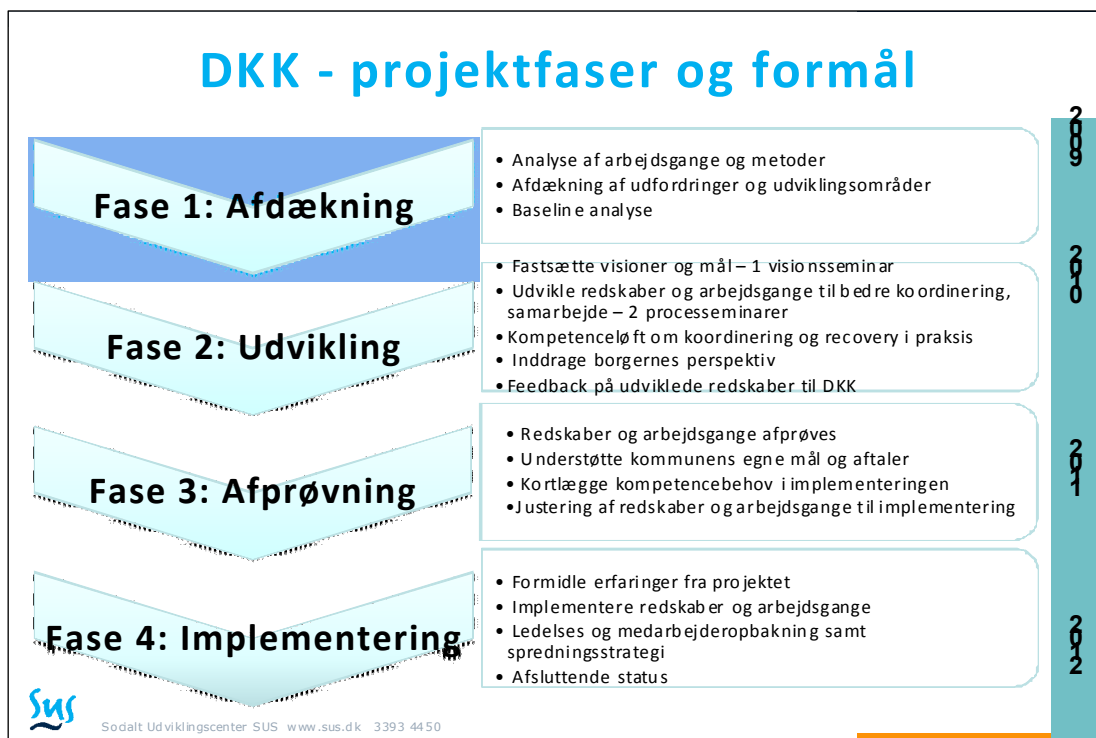
Københavns Kommune fik i 2009 tildelt midler til at gennemføre projekt 'Den Koordinerende Kontaktperson' fra puljen til støtte til kommuner med særligt store udgifter til sindslidende (19M-puljen). DKK er et 3-årigt udviklingsprojekt om koordinering af indsatsen for borgere med sindslidelse i Københavns Kommune. Projektet har været forankret i Socialforvaltningens Mål og Rammekontor for Voksne, der som projektejer har forestået projektledelsen i forvaltningen. Socialt Udviklingscenter SUS har leveret processtøtte, faglig viden og tilrettelagt arbejdet med henblik på samarbejdsreven udvikling af metoder og redskaber i projektet, løbende monitorering og implementering samt intern evaluering.

Formålet med projektet har været at skabe et grundlag for at lave en helhedsorienteret og velkoordineret indsats overfor borgere med sindslidelse i deres overgang fra at være patient i den regionale behandlingspsykiatri (hospitalspsykiatri) og/eller fra kriminalforsorgens regi til kommunens socialpsykiatri.

Projektet har overordnet haft to målgrupper:

1. *Borgere med sindslidelse, som for nylig har afsluttet et længerevarende behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien (psykiatrisk hospital), og som står foran udskrivning eller netop er udskrevet fra behandlingsstedet. Ved "længerevarende" forstås, at borgeren har været så længe væk fra livet i egen bolig og evt. selvforsørgelse, at vedkommende står i en situation, hvor bolig, forsørgelse mv. skal genetableres.*
2. *Borgere med sindslidelse, der afsoner en behandlingsdom på et behandlingssted (psykiatrisk hospital), og som står overfor udskrivning fra behandlingsstedet. Enten fordi dommen/behandlingen er afsluttet eller fordi dommen/behandlingen afsluttes i et mere åbent regi, fx bocenter eller egen bolig og vedkommende står i en situation, hvor bolig, forsørgelse mv. skal genetableres.*

Projektet har overordnet være opdelt i fire faser, som skitseret i følgende model:



På baggrund af afdækningsfasen blev der i samarbejde med relevante medarbejdere fra Københavns Kommunes Socialforvaltning og Beskæftigelsesforvaltning samt den regionale psykiatri, herunder retspsykiatri og distriktskykiatri, udviklet en model for den koordinerende kontaktperson og redskaber til at understøtte den særligt koordinerede indsats for borgerne. Efterfølgende er modellen afprøvet af medarbejdere i Socialforvaltningens voksenenheder og løbende justeret. Afslutningsvis er modellen implementeret.

De koordinerende kontaktpersoner (DKKerne) i projektet har været sociale sagsbehandlere fordelt på fire voksenenheder. DKK'erne har været forankret ledelsesmæssigt i deres respektive voksenenheder, der alle har socialcenterchefen som øverste ledelse. I udviklingen af funktionen DKK er der lagt stor vægt på inddragelse af samarbejdsdrevens udvikling på tværs af voksenenheder og på fællesarrangementer med medarbejdere og ledere på tværs af kommunen og fra region H. Dette med henblik på at udvikle, afprøve og implementere en velkoordineret og helhedsorienteret sagsbehandling for mennesker med sindslidelse i kommunen.

Det har været ønsket med projektet at sætte fokus på - og forbedre - det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samt at sikre, at regionale og kommunale myndigheder får nemmere ved at danne sig et samlet overblik over den ønskede information om en given borger med sindslidelse. I forlængelse heraf har projektet desuden haft til hensigt at forbedre og udvikle samarbejdsredskaber, som kan styrke samarbejde, kommunikation, arbejdsgange og øge medarbejdertrivselen blandt sagsbehandlerne i regionale og kommunale myndigheder.

Denne afsluttende statusrapport repræsenterer en opsamling på hovedaktiviteter og resultater i projektet. Endvidere præsenteres forslag til forankring af DKK på baggrund af de implementerede resultater. Rapporten kan således anvendes som bidrag til det videre arbejde med at forankre modellen for Den Koordinerende Kontaktperson efter projektets udløb.

## 2 Dataindsamling

---

Denne afsluttende rapport for projekt DKK har et delfokus på, hvilke aktiviteter der har været gennemført undervejs i projektet, hvem der har været inddraget samt hvad der er blevet udviklet af metoder og redskaber til at understøtte funktionen DKK. Et andet væsentligt fokus i rapporten er erfaringerne med Den Koordinerende Kontaktperson set fra borgere og professionelles synspunkt.

### *Aktiviteter i erfaringsopsamlingen*

I afprøvnings- og implementeringsfaserne har der været jævnlige aktiviteter med inddragelse af relevante medarbejdere og ledere fra kommunen og regionen samt borgere med henblik på at få indsamlet erfaringer med arbejdet med DKK og forslag til eventuelle justeringer. Erfaringsopsamlingen i denne afsluttende rapport baserer sig på disse inputs.

I projektets udviklingsfase blev der gennemført en baseline-analyse med involvering af sagsbehandlere, borgere, pårørende (herunder Sind og Bedre Psykiatri i København) samt eksterne samarbejdspartner fra bl.a. de psykiatriske centre i region H, OPUS, kriminalforsorgen, væresteder, psykiatriske botilbud m.fl.

I *afprøvningsfasen* blev der afholdt følgende arrangementer:

- **Evalueringseminar** med DKKerne samt socialrådgivere fra de psykiatriske centre. På dagen blev der sat konstruktivt fokus på "fremadrettet evaluering" og på baggrund af erfaringerne med den udviklede model og redskaber blev der drøftet justerings- og forbedringsmuligheder
- **Dialogseminar** med de koordinerende kontaktpersoner. Her var der fokus på at etablere status med læringspointer fra afprøvnningen og på baggrund heraf justere og forbedre eksisterende redskaber i DKK-modellen
- **Lederforum** med relevante ledere fra voksenenhederne. Her var særskilt fokus på ledernes erfaringer med DKK og deres særlige rolle i at støtte op om arbejdet.

I *implementeringsfasen* blev der afholdt følgende workshops:

- **Implementeringsworkshop** med deltagelse af DKK'ere og lokale ledere med henblik på at udarbejde planer for en fremtidig implementering og forankring af funktionen DKK
- **Lederworkshop** med de lokale ledere fra voksenenhederne, ledelsen fra Socialcenter København samt øvrige enheder som fx hjemløseenheden og modtageenheden. Her var der fokus på, hvad ledelsen vil gøre for at sikre succesfuld implementering efter projektudløb samt en efterfølgende spredning til enheder, der ikke har arbejdet med DKK-modellen.

I afprøvningsfasen af den udviklede arbejdsgang og de understøttende redskaber har Socialt Udviklingscenter SUS endvidere løbende fulgt sagsbehandlernes arbejde som koordinerende kontaktpersoner. Der blev i starten af afprøvningsfasen udpeget en tovholder for hver af de fire deltagende voksenenheder. Tovholderne var ansvarlige for at indkalde de koordinerende kontaktpersoner til jævnlige møder (2-4 gange om måneden) i voksenenhederne med henblik på at indsamle erfaringer med afprøvnningen. Som et led i monitoreringen blev der i afprøvningsfasen afholdt fem møder med tovholderne og Socialt Udviklingscenter SUS. Formålet med møderne og monitoreringen var en løbende erfaringsopsamling i forbindelse med afprøvningsfasen samt at give processtøtte til de sagsbehandlere, der deltog i afprøvningsfasen.

Den tætte opfølgning i monitoreringen af DKKerne i afprøvningsfasen og implementeringsfasen har været særdeles virkningsfuldt med henblik på at igangsætte koordinerede forløb med borgere, høste erfaringer og med at anvende metoder og redskaber. Monitoreringen viste fx, at det var nødvendigt med en justering af vurderingskriterierne for at igangsætte afprøvningsfasen. De nye kriterier indebar, at DKKer-

nes første borgersag kunne være en borger som fx havde været indlagt i kortere tid eller en sag, der blot er tilstrækkelig kompleks med hensyn til antal involverede aktører. Socialt Udviklingscenter SUS oprettede en telefonisk hotline målrettet DKKerne, som bevirkede at spørgsmål og sparring om bl.a. sagsopstart, målgrupper, metoder og redskaber kunne håndteres hurtigt og smidigt og dermed sikre fremdrift for de enkelte DKKere.

### **Borgerinddragelse**

I projektforløbet har der været bestræbelser på at inddrage borgere med sindslidelse i udviklingen og afprøvningen af metoder og redskaber med henblik på at "teste", om det er i overensstemmelse med borgernes behov for en særlig koordineret indsats. Der har endvidere været fokus på at udvikle redskaber, der understøtter en øget inddragelse af borgeren i eget sagsforløb.

De borgere, der har deltaget i fokusgruppeinterviews og sagsgennemgange, er rekrutteret via de medarbejdere, der har deltaget i projektet. Det vil sige, at der er tale om borgere med sindslidelse, som har konkret erfaring med kommunens sagsbehandling.

Det er særligt interessant i forbindelse med erfaringsopsamlingen, at der er indsamlet data fra afprøvningsfasen, hvor borgere, der har haft en koordinerende kontaktperson, er blevet interviewet. Det betyder, at der er indhøstet og dokumenteret erfaringer – sådan som borgerne har oplevet det – undervejs i selve afprøvningen af den nye metode og redskaber.

I ultimo 2011 afholdte SUS interview og sagsgennemgange med deltagelse af borgere og sagsbehandlere. Her var fokus på borgerens oplevelse af at have en koordinerende kontaktperson på baggrund af de opstillede mål for indsatsen.

Planen var at afholde 10 interviews med borgere, der har haft en koordinerende kontaktperson og 10 sagsgennemgange med deltagelse af sagsbehandler (borgerens koordinerende kontaktperson) og borger, hvor sagsforløbet tales igennem. Borgerne blev rekrutteret via de koordinerende kontaktpersoner.

Det viste sig imidlertid ikke at være muligt at rekruttere så mange borgere som ønsket til dette. Dette skyldtes til dels, at borgerne ikke ønskede at deltage – der var bl.a. en sagsgennemgang, der blev afbrudt undervejs, da borgeren pludselig ikke ønskede at deltage mere. Der var endvidere flere interviews, der var planlagt, men blev aflyst på grund af indlæggelse eller manglende fremmøde. Dette til trods for tæt og venlig dialog og påmindelse om interviewaftalerne.

En anden udfordring ved rekruttering af borgere til interview og sagsgennemgange var, at sagsbehandlere i projektet på forhånd vurderede, at de borgere, de havde kontakt til, var "for dårlige" til at deltage i dette. De ønskede på den baggrund ikke at "ulejlige" borgerne. Dette betød, at vi måtte bruge en del energi på at overbevise sagsbehandlere om alligevel at være vores "gatekeepere" med henblik på at få kontaktet nogle borgere og gennemført interview og sagsgange.

### 3 DKK: En ny metode, nye redskaber og arbejdsgang

---

Dette afsnit opsummerer kortfattet, hvilke overordnede ændringer i arbejdet med borgere inden for målgruppen, som projekt DKK giver anledning til i Københavns Kommune.

I Københavns Kommune er det nye med DKK, at der er implementeret en arbejdsmetode til særligt koordinerede forløb, som understøtter borgerinddragelse i eget forløb samt god og effektiv koordinering med samarbejdspartnere i og uden for socialforvaltningens voksenenheder:

- **Koordinerende funktion:** DKKerne koordinerer sagsbehandlingen og støtten til borgeren og sørger for inddragelse af og kommunikation med relevante samarbejdsparter. Det betyder, at borgeren kun behøver at forholde sig til én sagsbehandler i voksenenheden og ikke selv skal navigere mellem de forskellige kommunale og regionale instanser
- **Borgerinddragelse:** I udviklingen af arbejdsredskaber til de koordinerende kontaktpersoner er der lagt stor vægt på inddragelse af borgeren fra start til slut i de koordinerede forløb
- **Effektive og konstruktive møder** I den koordinerede indsats overfor målgruppen afholdes der tidligt i forløbet koordinerede møder, hvor relevante aktører – herunder borgeren – deltager med henblik på at sikre en fælles retning i forløbet og en helhedsorienteret indsats. Der er i projektet udviklet redskaber til afholdelse af effektive og konstruktive møder og afholdt kompetenceudvikling i ledelse af koordinerende møder for DKKerne
- **Godt sagsoverblik og effektiv mødeværktøj:** Netværkskortet og Udrettedagsordenen er to centrale værktøjer til at støtte sagsbehandlerens arbejde med særligt koordinerede indsatser. Netværkskortet giver godt overblik over involverede i borgerforløbet – både professionelle og private relationer. Udrettedagsordenen er et værktøj til forberedelse, gennemførelse og opfølgning på koordinerende møder med borgerinvolvering
- **Udgående arbejde:** DKKerne møder i højere grad end tidligere borgeren ”ude i marken” i psykiatrien, borgerens hjem – eller hvor vedkommende måtte befinde sig – for at sikre en god overgang til hjælp og støtte i socialpsykiatrien og dermed undgå, at borgere falder mellem systemer. Det udgående arbejde er en form for fremskudt sagsbehandling.

I udviklingen af DKK har der været et specifikt fokus på, at DKK skal understøtte en velkoordineret indsats i overgange mellem psykiatri og kommunens socialpsykiatri. Udover en proces, hvor medarbejdere fra den sociale og beskæftigelsesmæssige indsats i kommunen samt den regionale psykiatri har udviklet nye arbejds gange og redskaber, har der været afholdt kompetenceudviklingsforløb for de samme medarbejdere. Dette med henblik på at støtte mest muligt op om en koordineret indsats med borgeren i fokus.

Metoder, redskaber og arbejds gang samt det tilknyttede kompetenceforløb har haft som formål at adressere de udfordringer og barrierer for velkoordinerede sagsforløb for borgermålgruppen, som i afdækningsfasen blev beskrevet af borgere, pårørende, sagsbehandlere og ledere i Voksenenhederne.



Kompetenceudviklingen der blev gennemført i projektets Udviklings- og Afprøvningsfaser har overordnet haft to spor:

### *1. Koordinering og effektive møder*

Formålet med kompetenceudvikling i koordinering og effektive møder var at afprøve og træne brugen af redskaber til at styre et velkoordineret forløb, herunder at forberede, gennemføre og følge op på koordinerende møder. Både i forhold til projektets to borgermålgrupper og de fagprofessionelle samarbejdspartnere, der er involveret i disse forløb.

### *2. Psykiatrifaglige temadage*

Formålet med de psykiatrifaglige temadage var at give deltagerne anvendelig viden om praksis i psykiatrien og om kommunikation med borgere med sindslidelse. Modulet bestod af to hele uddannelsesdage med fokus på henholdsvis "kommunikation i mødet med borgeren" og "samarbejde i mødet med psykiatrien". Temadagene skulle styrke DKKernes samarbejde med psykiatrien og øge deres kompetencer i forhold til at opbygge gode relationer i mødet med borgeren med psykiske vanskeligheder. En recovery-orienteret tilgang var gennemgående for begge temadage.

## 4 Projektets målsætninger, udfordringer og udviklingsområder

---

### 4.1 Målsætninger

Nedenfor er projektets målsætninger, i relation til kommunens model for en koordinerende funktion og i relation til borgere med sindslidelse, beskrevet ud fra projektbeskrivelsen. De overordnede målsætninger for projektet har været at udvikle modeller, der sikrer at:

- Borgere med sindslidelse får en nemmere og mere entydig forvaltningsadgang, da den koordinerende kontaktperson bliver indgangen til forvaltningen. Det vil sige at:
  - Kommunen (SOF og BIF) opleves som et sammenhængende system
  - Alle delindsatser fra diverse aktører bidrager til samlede og fælles accepterede mål for borgeren.
- At forvaltningen gennem den koordinerende kontaktperson påtager sig ansvaret for sagen og sagsforløbet, og at indsatsen derfor opleves som sammenhængende af borgeren, det vil fx sige at:
  - Afgørelser og tilbud er velkoordineret i forhold til fælles mål og delindsatser for borgeren
  - Afgørelser træffes i tråd med borgerens behov og ressourcer
  - Afgørelser træffes hurtigt og er helhedsorienterede omkring borgerens samlede behov, og at den sociale handleplan har fælles og realistiske mål for borgeren
  - Borgerens sagsforløb foregår i en hensigtsmæssig rækkefølge inden for tidsmæssige fælles retningslinjer
  - Voksenenhederne i SOF rådgiver ud fra relevante informationer i sagsforløb.

Overordnet har projektet skullet bidrage til en samlet forbedring af sagsbehandlingen for borgere med sindslidelse samt en velkoordineret indsats på tværs af sektorer og forvaltninger.

I relation til **kommunens indsats** skulle der i projektet udvikles en model for koordinering i sagsforløb for mennesker med sindslidelse. Forløbene skal sikre:

- En koordineret indsats i forbindelse med borgeres **overgang** fra behandlingspsykiatrien til den kommunale socialpsykiatri
- Koordinering af den **løbende kontakt** mellem borger og kommune, herunder borgerens inddragelse i arbejdet med diverse metoder og redskaber i forbindelse med udskrivning og udslusning til tilbud uden for behandlingspsykiatrien
- Koordinering mellem **forskellige tilbud** ved overgange mellem disse
- **Koordineringen internt** i den kommunale forvaltning, så der sikres fremdrift i sagen.

I relation til **borgerne med sindslidelse** er de konkrete målsætninger, at borgerne oplever:

- lettere adgang til den kommunale forvaltning
- bedre overblik over eget sagsforløb i overgangen mellem regionale og kommunale myndigheder
- bedre information om muligheder for støtte
- oplevelse af, at tilbuddene kommer på det rigtige tidspunkt
- højere grad af inddragelse i eget sagsforløb (processuel retssikkerhed).

## 4.2 Baseline: Udfordringer og udviklingsområder ved projektstart

I opstarten af projektet var der fokus på udfordringer og udviklingsområder i indsatsen overfor målgruppen - oplevet af henholdsvis borgere med sindslidelse, pårørende til sindslidende, sagsbehandlere i SOF samt eksterne samarbejdspartner. Disse barrierer og udfordringer er løbende blevet inddraget i udviklingen af funktionen Den Koordinerende Kontaktperson.

Der blev udarbejdet sammenfatninger af de fire aktørgrupperes perspektiver på baggrund af oplysninger og drøftelser fra informationsmøder med forskellige faggrupper i kommunen og psykiatrien ved projektets opstart, fokusgruppeinterview med henholdsvis borgere, pårørende, sagsbehandlere i SOF og eksterne samarbejdspartnere samt workshopforløb med sagsbehandlere og eksterne samarbejdspartnere.

### Borgernes perspektiv på koordinering

Der er i afdækningsfasen i ultimo 2009 og primo 2010 blevet gennemført to fokusgruppeinterview med borgere.<sup>1</sup> Nedenstående opsamling er baseret på data fra de to fokusgruppeinterview. I interviewene blev der fokuseret på borgernes oplevelse af sagsbehandlingen/systemet i en tidsperiode fra nu og tilbage til udskrivningen fra den seneste længerevarende indlæggelse på et psykiatrisk center. De beskrevne forløb er mellem et ½ og 3 år. Der er især lagt vægt på at få beskrevet perioden umiddelbart før og efter udskrivningen.

Generelt er de sagsforløb, der blev oprullet under fokusgruppeinterviewene, karakteriseret ved, at ganske mange professionelle har været involveret. Der har både været mange forskellige professionelle involveret og mange skift af samme type professionelle – fx sagsbehandler.

Gennemgående for alle forløb er, at der er omkring 4-6 centrale fagpersoner (kontaktpersoner i en eller anden grad) involveret i borgernes sag samtidig. Det drejer sig om:

- **Behandling:** Læge og kontaktperson eller socialrådgiver ved DPC, OP-team eller psykiatrisk center
- **Sagsbehandling:** sagsbehandler i SOF, sagsbehandler i Jobcenter
- **Den daglige kontakt:** 1-2 kontaktpersoner fra værested eller bocenter eller i forbindelse med tilknytning til et særligt projekt
- **Ved behandlingsdomme:** kontaktperson i KIF.

Antallet af professionelle kontakter opleves ikke i sig selv som problematisk, så længe borgeren oplever, at de enkelte fagpersoner har klart adskilte funktioner og roller, at hver især passer deres opgaver og fagpersonerne er klar over, hvilken funktion de andre fagpersoner har.

Det opleves derimod som problematisk i det øjeblik, fagpersonerne ikke koordinerer deres handlinger, og der opstår "huller" i koordineringen eller modsatrettede beslutninger i forhold til borgerens sag. Samlet set fortæller borgerne, at følgende fungerer godt/mindre godt:

---

<sup>1</sup> Det viste sig svært at opnå deltagelse af borgere med sindslidelse til fokusgruppeinterviewene, hvilket bl.a. kan skyldes at personer i målgruppen, der er fx i overgangen fra udskrivelse fra psykiatrisk hospital ikke har overskud til at deltage i interview om et projekt.

Samlet set pegede borgerne ved projektstart på, at disse elementer er væsentlige i velkoordinerede sagsforløb med psykiatri og socialforvaltning – forhold, som DKK skulle tage højde for i *udviklingsfasen*:

- Når borgeren oplever samarbejde på tværs af de fagpersoner, der er involveret
- At fagpersoner har "tjek på sagen" og at vedkommende arbejder for borgeren
- Når den sociale handleplan bliver tidligt klar – det giver mindre usikkerhed
- At kunne komme hurtigt i kontakt med systemet – at der handles hurtigt
- Når samme fagpersoner deltager hele vejen i forløbet – "person-kontinuitet"
- Hjemmebesøg
- At få mulighed for at forklare sig – at opleve sig hørt i samarbejdet
- At blive udskrevet til "noget", som en borger formulerede det
- Støtte til fremtidsplaner, fx uddannelse og arbejde
- Tid til at komme sig – tid til at finde sig til rette med medicin, bolig mv.

Borgerne i interviewene i afdækningsfasen havde alle haft dårlige erfaringer i mødet med kommunen, som kan sammenfattes i følgende "advarsler" fra borgerne om forhold, der i udviklingen af DKK, skal ændres på:

- Når kommunens kontakt til borgeren bærer præg af kontrol
- Når det ikke opleves, at der handles i borgerens sag
- Generel usikkerhed om, hvad skal der ske i den nære fremtid
- Manglende kommunikation til borgeren om, hvad der skal ske.

### **Pårørendes perspektiv på koordinering**

Der blev afholdt et fokusgruppeinterview med 15 pårørende, primært forældre til unge og voksne med sindslidelser. De fleste deltagere havde mange års erfaring som pårørende til en person med psykisk sygdom og kontakten til offentlige myndigheder i kommunen i relation til dette. Deltagerne havde mange konkrete erfaringer med såvel overgange mellem "systemer" som med koordinering mellem forvaltninger og mellem "systemer".

De pårørende gav udtryk for, at især de sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser opleves ukoordinerede. Det blev beskrevet som, at der hele tiden kommer nye bolde, som den sindslidende og de pårørende skal gribe, men man er både som sindslidende og pårørende uforberedt på den næste bold. Man er ikke forberedt på, at boldene kommer, hvor de kommer fra, hvor mange der kommer og hvornår de kommer. Der blev endvidere peget på, at sagsbehandlere skal kende og have viden om mulighederne og de forskellige tilbud til målgruppen af sindslidende.

Samlet set pegede pårørende på følgende tiltag for at lette koordineringsudfordringerne:

- Brug pårørendes viden – SOF og psykiatrien skal afdække netværket fra første kontakt med borgeren
- Brug pårørendes ressourcer - fx til praktiske ting, menneskeligt til at støtte, til kommunikation mellem borger og det offentlige system, til koordineringsmøder o.l.
- Informér pårørende – især om udvikling i forløb, hvor det er muligt, undersøg mulighederne med borgeren med hensyn til at involvere og informere de pårørende
- Oplys pårørende om handlemuligheder – og ikke, hvad der IKKE kan lade sig gøre

- Vær åben og imødekommende overfor pårørende – deres henvendelser og interesse er udtryk for et ønske om at bidrage. Der er ofte tale om folk, der vil borgerens bedste og har store bekymringer.

### **De professionelle perspektiv på koordinering**

De fagprofessionelle identificerede ved projektstart følgende problematikker og udfordringer ved indsatsen for borgere med sindslidelse i relation til at skabe en koordineret sagsbehandling. Det var den generelle opfattelse, at koordineringen af de konkrete sagsgange kan forbedres markant både på tværs af forvaltningsområder i kommunen og på tværs af kommunen og eksterne samarbejdspartnere – her primært psykiatrien og Kriminalforsorgen.

Indledningsvis blev deltagerne ved hvert fokusgruppeinterview bedt om at besvare et kort spørgeskema med fokus på deres oplevelse af koordineringen i sagsbehandlingen lige nu.

Besvarelserne viste, at oplevelsen af koordineringen samlet set lå på middel. SOF-medarbejderne og de eksterne medarbejdere (samarbejdsparter fra BIF, psykiatri, distriktspsykiatri mv.) havde på stort set alle spørgsmål ensartede vurderinger. Ved spørgsmålet om hvorvidt man oplevede at være fagligt klædt på til at koordinere sindslidende borgers sagsforløb i forbindelse med en overgang fra behandlingspsykiatrien, var der størst forskel i svarens gennemsnit – de eksterne medarbejdere oplevede sig bedre fagligt rustet til denne opgave.

Samlet set oplevedes koordineringen på tværs af kommunens forvaltninger som væsentligt dårligere end koordinering internt i SOF eller med eksterne samarbejdspartnere. Endvidere vurderedes det, at der var et væsentligt udviklingsområde i forhold til kommunikationen mellem fagpersoner, i overgangen fra psykiatrien til kommune. Borgernes mulighed for indflydelse i overgangen fra hospitalspsykiatrien til kommunen vurderes også som under middel og kunne også være et væsentligt udviklingsområde.

### SOF-sagsbehandlernes oplevelse af koordinering ved projektstart:

I forbindelse med fokusgruppeinterview nævnte sagsbehandlergruppen, der senere skulle udvikle og afprøve DKK, en række *udfordringer* for koordineringen af sagsforløb i relation til borgermålgruppen:

- SOF kender ikke tilstrækkeligt godt procedurerne for, hvad der sker ved indlæggelse på psykiatriske centre
- SOF orienteres ikke ved indlæggelse på psykiatrisk sengeafsnit
- SOF orienteres generelt ikke om borgere under indlæggelse – man oplever at have et ringe "billede" af borgeren ved udskrivning
- Orientering kan komme meget sent ved udskrivning af borgere fra hospitalspsykiatrien – det giver for kort tid til at handle på henvendelser i forbindelse med udskrivning
- Manglende samarbejdsrelationer til hospitalspsykiatrien. Begrænset kommunikation med psykiatrien – både distrikts- og hospitalspsykiatrien
- For lidt tid til opfølgning på borgere, der er udskrevet og har kontakten med SOF efterfølgende
- Hospitalerne og andre er tilsyneladende ikke informeret om de rammer, SOF arbejder under, hvilket medfører manglende forståelse for SOF-sagsbehandlernes rolle og handlinger (fx arbejdsgange og beslutninger)
- Manglende "forventningsafstemning" mellem SOF og eksterne aktører med henblik på fælles forståelse for opgaveløsning, regler og roller mv.

- Skift af sagsbehandlere i voksenenhederne giver tab af viden, når der ikke er effektiv videndeling
- Det er svært at få kontakt og samarbejde med sagsbehandlere i BIF
- Det er svært at få kontakt og samarbejde med sagsbehandlere i det daværende MR Haps (fx boligvisning) – lang ventetid og ikke altid de rigtige tilbud.

#### Eksterne samarbejdspartners oplevelse af koordineringen i kommunen:

De eksterne samarbejdspartner (medarbejdere og ledere i OP-teams, distriktpsychiatrien, hospitalspsychiatrien og kriminalforsorgen) nævnte følgende udfordringer i forbindelse med fokusgruppeinterview:

- Koordinerende møder ifølge samarbejdsaftalen fungerer ikke optimalt – svært at samle folk til møderne
- Udskrivningsmøder med borgere der hyppigt er inde/ude (de mange gentagne overgange) er særligt vanskelige at få sagsbehandlere med til
- Samarbejde med politi/PSP eksisterer næsten ikke
- Oplever at SOF-sagsbehandlerne har svært ved at overskue mulighederne for borgeren i forskellige systemer
- Oplever at SOF-sagsbehandlerne har behov for øget faglig viden om andre instansers rolle og lovgivningsmæssige rammer og konsekvenser
- Oplever at SOF-sagsbehandlerne har behov for øget faglig viden om psykisk sygdom, og hvordan denne kommer til udtryk og kan håndteres
- Man kontakter oftest ikke SOF-sagsbehandlerne ved indskrivning og ved udskrivning fra psykiatrien og retspsykiatrien
- Det er generelt svært at finde den rette sagsbehandler i SOF
- Der er en oplevelse af, at sagsbehandlerne i SOF ikke deler viden om konkrete borgerforløb
- Der er ikke en SOF-sagsbehandler, der kender hele borgersagen - denne viden opleves som fordelt på flere fagpersoner i SOF
- Der mangler overlap og efterværn i borgerens overgange fra et tilbud/system til et andet
- Der mangler fokus på helhedssynet – dvs. fokus på borgerens samlede situation
- Den sociale handleplan og andre planer (fx jobplan og behandlingsplan) er ikke sammentænkt.

#### **Organisatoriske, metodiske og ”bløde”/kulturelle udfordringer**

På baggrund af ovenstående input blev der i projektets afdækningsfase lagt op til at adressere udfordringerne i den koordinerende indsats ud fra tre hovedudfordringer med hver deres karakteristika og problemformuleringer, som er identificeret på tværs af aktørgrupperne:

##### De organisatoriske udfordringer:

- Forskellige regelsæt og formål i forhold til borgermålgruppen (fx i BIF og SOF)
- Manglende tid og økonomi til at være i kontakt med borgerne
- Den kommunale organisations fragmentering i funktionsopdelte strukturer
- Begrænset overblik over tilbud til borgerne og øvrige professionelle omkring borgerne.

##### De metodiske udfordringer:

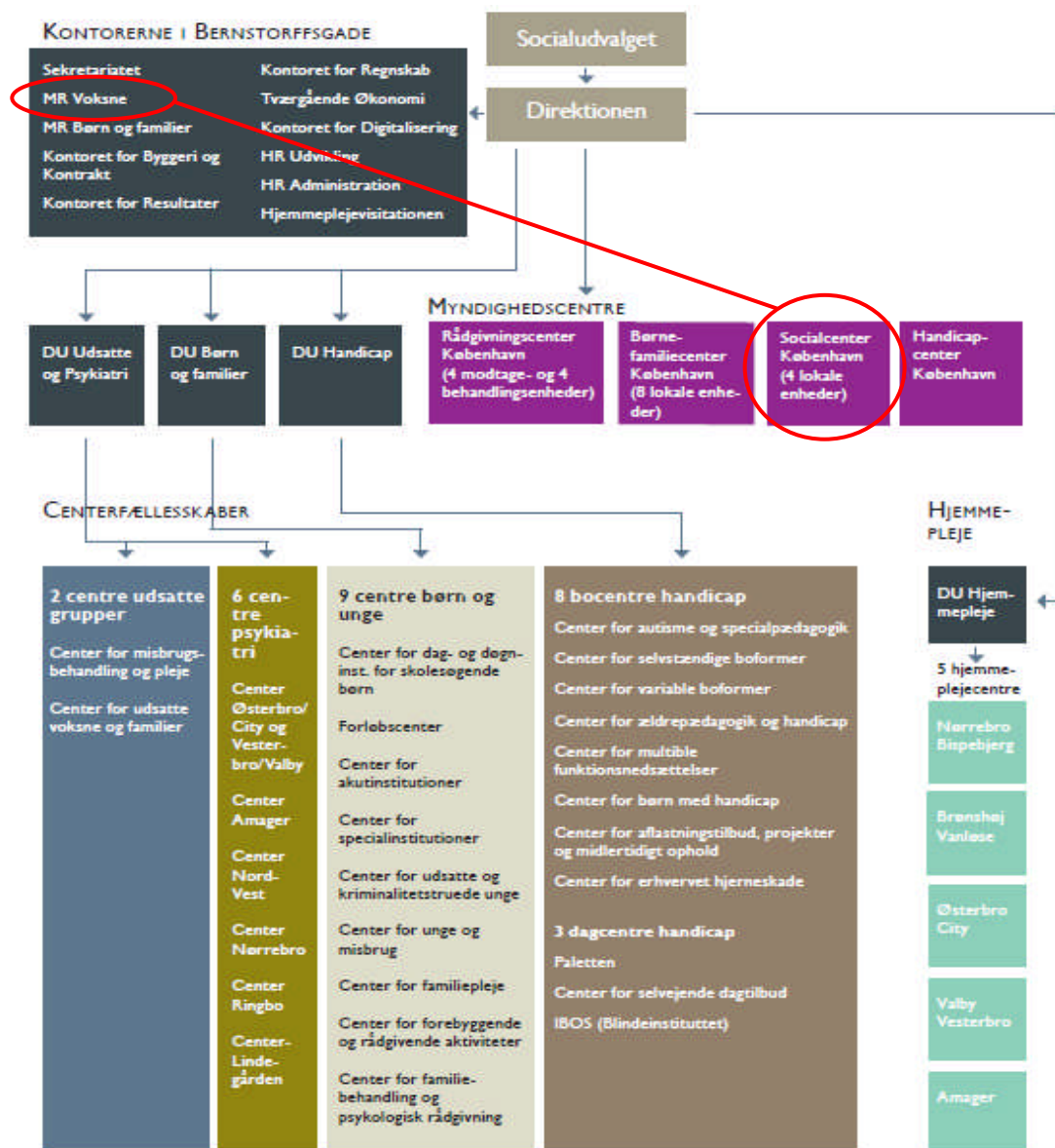
- Manglende kompetencer til at koordinere forløb og lede koordinerende møder med borgere og samarbejdspartnere
- Uklare aftaler for koordinering og utydelig ansvarsfordeling
- Mindre præcise beslutnings- og arbejdsgangene til ”sømløse” overgange.

De "bløde"/kulturelle udfordringer:

- Utilstrækkelig kommunikation og videndeling på tværs af sektorer og forvaltninger - ved fx indlæggelse og udskrivning bør der være åbenhed og aktiv videndeling
- Usynlig ledelsesopbakning til at udføre en særlig koordineret indsats
- Manglende samarbejdsrelationer mellem Socialforvaltningen og psykiatrien – og ikke fastlagte rutiner og vaner for fælles indsats koordinerede borgerforløb.

## 5 Organisering og placering af DKK i Socialforvaltningen

Projektledelsen for Den Koordinerende Kontaktperson har været placeret i Mål- og Rammekontoret for Voksne, mens afprøvningen af redskaberne og funktionen DKK har været placeret i Socialcenter Københavns lokale voksenenheder. Socialforvaltningen i Københavns Kommune har i projektperioden været organiseret på følgende måde:



Afprøvningen er i praksis gennemført af ca. 20 sagsbehandlere. Antallet af DKKere har været varierende undervejs pga. jobskifte og omorganiseringer i Socialcentret. Funktionen som DKK er beskrevet i den Koordinatormappe, der samler modellen med redskaber og metoder.

### Lokal forankring af DKK i Voksenenhederne

Placeringen af projektledelsen har betydet, at projektet har været forankret tæt på dele af Socialforvaltningens ledelse (i relation til mål og rammer for området) og samtidig har dette affødt et behov for tæt



dialog, sparring og monitorering med udpegede tovholdere blandt de sagsbehandlere, der har udviklet og afprøvet DKK i Voksenenhederne. Der blev således tidligt etableret en tovholdergruppe, på tværs af Voksenenhederne, som har mødtes løbende med SUS som facilitator for dialogen. Tovholderne har dels indsamlet gode og mindre gode erfaringer blandt kollegerne i DKK i egen voksenenhed og dels skulle bidrage til monitoreringen af projektførelsen og i tovholdergruppen drøfte løsninger på problemer og muligheder for gradvis spredning og forankring af DKK i Voksenenhederne.

Listen over DKKere – med tovholdere i hver Voksenenhed - så således ved projektets afprøvning:

den koordinerende kontaktperson				
Navn	E-mail	Tlf. nr.	Enhed	Opgave
<b>Østerbro</b>				
Claus Madsen	<a href="mailto:U326@sof.kk.dk">U326@sof.kk.dk</a>	3317 4906	Østerbro	Tovholder
Lis Glazer	<a href="mailto:HQ27@sof.kk.dk">HQ27@sof.kk.dk</a>	3317 4931	Østerbro	Koordinerende kontaktperson
Karin Christiansen	<a href="mailto:FF99@sof.kk.dk">FF99@sof.kk.dk</a>	3317 4817	Østerbro	Koordinerende kontaktperson
Helle Præst	<a href="mailto:FG67@sof.kk.dk">FG67@sof.kk.dk</a>	3317 4797	Østerbro	Koordinerende kontaktperson
<b>Bispebjerg</b>				
Lisa Buchard Christensen	<a href="mailto:DC11@sof.kk.dk">DC11@sof.kk.dk</a>	3317 4400	Bispebjerg	Tovholder
Lotte Nedergaard → til april 2011	<a href="mailto:D283@sof.kk.dk">D283@sof.kk.dk</a>	3317 4414	Bispebjerg	Koordinerende kontaktperson
Ulla Munkshøj	<a href="mailto:P834@sof.kk.dk">P834@sof.kk.dk</a>	3317 4408	Bispebjerg	Koordinerende kontaktperson
Susse Christensen	<a href="mailto:Q248@sof.kk.dk">Q248@sof.kk.dk</a>	3317 4409	Bispebjerg	Koordinerende kontaktperson
Heidi Barfod	<a href="mailto:E833@sof.kk.dk">E833@sof.kk.dk</a>	3317 4403	Bispebjerg	Koordinerende kontaktperson
Elisabeth Christensen	<a href="mailto:FJ54@sof.kk.dk">FJ54@sof.kk.dk</a>	3317 4412	Bispebjerg	Koordinerende kontaktperson
Johann H. Karlsson	<a href="mailto:Bi80@sof.kk.dk">Bi80@sof.kk.dk</a>	3317 4415	Bispebjerg	Koordinerende kontaktperson
<b>Valby</b>				
Amy Lauridsen	<a href="mailto:FJ61@sof.kk.dk">FJ61@sof.kk.dk</a>	3317 5549	Valby, Vesterbro og Kgs. Enghave	Tovholder
Jaqueline Bauer	<a href="mailto:Y72S@sof.kk.dk">Y72S@sof.kk.dk</a>	3317 5576	Valby, Vesterbro og Kgs. Enghave	Koordinerende kontaktperson
Tina Pedersen	<a href="mailto:J026@sof.kk.dk">J026@sof.kk.dk</a>	3317 5577	Valby, Vesterbro og Kgs. Enghave	Koordinerende kontaktperson
Birgitte Smith	<a href="mailto:D870@sof.kk.dk">D870@sof.kk.dk</a>	3317 5578	Valby, Vesterbro og Kgs. Enghave	Koordinerende kontaktperson
<b>Nørrebro</b>				
Mona Abbend	<a href="mailto:Y524@sof.kk.dk">Y524@sof.kk.dk</a>	3317 4094	Nørrebro	Tovholder
Jahn Y. Wichmann	<a href="mailto:Z88Y@sof.kk.dk">Z88Y@sof.kk.dk</a>	3317 4088	Nørrebro	Koordinerende kontaktperson
Sanne Christiansen → barsel til maj 2011.	<a href="mailto:AL89@sof.kk.dk">AL89@sof.kk.dk</a>	???	Nørrebro	Koordinerende kontaktperson
<b>Amager</b>				
Kasper Gaaej	<a href="mailto:WX45@sof.kk.dk">WX45@sof.kk.dk</a>	3317 2371	Amager	Tovholder
Michael Andersen	<a href="mailto:U330@sof.kk.dk">U330@sof.kk.dk</a>	3317 2369	Amager	Koordinerende kontaktperson
Helle A. Hansen	<a href="mailto:QS25@sof.kk.dk">QS25@sof.kk.dk</a>	3317 2372	Amager	Koordinerende kontaktperson

## 6 En ny arbejdsgang: Særlig koordineret indsats

### 6.1 Grafisk trin-for-trin arbejdsgang til DKK

Der er udarbejdet en grafisk trin-for-trin beskrivelse af arbejdsgangen på sagsniveau. Heraf fremgår det, hvornår DKK gør hvad og hvordan der samarbejdes med borgeren og øvrige aktører i psykiatri og jobcenter mv. Arbejdsgangsmodellen uddybes i en tilhørende handlevejledning. Arbejdsgangen og handlevejledningen for trinene i modellen er i Bilag 1 - Værktøjskassen.



En udviklet arbejdsgang har som den største forandring i sagsbehandlingen betonet, at DKKeren skal møde borgeren "i øjenhøjde" – dvs. dér hvor borgeren befinder sig og selv ønsker at mødes fx i forbindelse med overgangen fra psykiatrisk sengeindlæggelse.

DKKeren udøver på den måde en "fremskudt" sagsbehandling "ude i marken" sammen med borgeren. Det kan være fx på et sengeafsnit i et psykiatrisk center, på Skt. Hans, i borgerens hjem eller andre steder. Dette fremskudte møde med borgerne ligger således tidligere, end det typisk vil gøre i almindelig sagsbehandling, hvor borgeren vil blive kontaktet og mødes med sagsbehandleren i kommunen på et senere tidspunkt.

Og netop for at skabe grundlag for velkoordinerede overgange fra psykiatrien er arbejdsgangen udviklet således, at sagsbehandleren har tidligere kontakt til borgeren, dels med henblik på bedre koordinering og dels med hensyn til tidlig inddragelse af borgeren i eget sagsforløb efter udskrivelse og udslusning fra psykiatrien.

## 7 Metoder og redskaber til DKK

---

I det følgende er der korte beskrivelser af de redskaber, der er udviklet til at støtte DKKerne i en helhedsorienteret og koordineret indsats over for borgere med sindslidelse. I ovennævnte arbejdsgangsmodel er der skrevet ind, hvornår redskaberne tidsmæssigt er relevante at inddrage i samarbejdet med borgeren. Alle redskaberne er at finde i koordinatormappen, jf. Bilag 1.

### 7.1 Udrettedagsorden: velkoordinerede møder

Et væsentligt element i arbejdet som DKK er at planlægge, gennemføre og følge op på koordinerende møder, hvor alle relevante aktører, herunder borgeren, deltager. Mødet ledes af den koordinerende kontaktperson og har til formål at samle alle relevante informationer om borgeren og tilrettelægge et fælles og helhedsorienteret forløb.

Som arbejdsredskab til de koordinerende møder er der udarbejdet en såkaldt udrettedagsorden, der indeholder en skabelon til mødeindkaldelse, dagsorden og referat.

### 7.2 Metodeguide: Effektive og konstruktive møder

Som hjælp til at afholde effektive og konstruktive møder er der udarbejdet en guide, hvor der er beskrevet tre enkle trin til afholdelse af koordinerende møder. Guiden er målrettet de koordinerende kontaktpersoner og indeholder gode råd og vigtige pointer til før mødet, under mødet og efter mødet.

### 7.3 Netværkskort: Overblik over aktører i borgerforløb

I projektets afdækningsfase blev det tydeligt, at der ofte er mange forskellige professionelle aktører, der er involveret i målgruppens forløb, og der er sjældent nogen, der har overblikket over, hvem der er involveret – heller ikke borgeren. Derfor blev der udarbejdet en skabelon til et netværkskort, hvor de koordinerende kontaktpersoner i samarbejde med borgeren kan skrive ind, hvem der er relevante aktører. Netværkskortet er en udtømmende liste med mulige professionelle (funktioner), der kan være involveret i en borgers forløb. Den koordinerende kontaktperson har til opgave at udfylde skabelonen med navn, telefonnummer og mailadresse samt sørge for at holde den opdateret. Netværkskortet sendes til samarbejdspartnere og borger.

### 7.4 Redskaberne er integreret i it-sagssystemet CSC Social

De koordinerende kontaktpersoner arbejder bl.a. med it-sagssystemet CSC Social. Her er de to centrale redskaber – Udrettedagsorden og Netværkskort – integreret som elektroniske dokumenter, der kan bearbejdes og printes direkte fra CSC Social. På den måde er projektet digitalt implementeret, så det er meget enklere at introducere og lære nye medarbejdere at anvende Udrettedagsordenen og Netværkskortet.

Udrettedagsordenen i CSC Social (skærbillede)

Københavns kommune  
Socialforvaltning

**Social  
Indsats**

231103-1234

lise let på ta

**Formular - (VM) Mødeindkaldelse, dagsorden og referat for koordinerende møder**

Titel: \_\_\_\_\_

Gyldig fra: 27-09-2012 Gyldig til: \_\_\_\_\_

**Mødeindkaldelse, dagsorden og referat for koordinerende møder**

Du indkaldes hermed til koordinerende møde i forbindelse med nedenstående borgers sag. Dagsorden og målet med mødet fremgår nedenfor. Du er velkommen til at fremsende yderligere punkter til dagsorden til den koordinerende kontaktperson - dog senest 4 dage før mødet.

<b>Mødetype:</b> (opstart, opfølgning, afslutning):	<b>Borgeren:</b>	<b>Koordinerende kontaktperson i SOF's voksenenhed:</b>
Startdato: _____	Navn: _____	Telefon/mobil: _____
Slutdato: _____	Adresse: _____	Mail: _____
Sted: _____	Fødselsdato: _____	
Deltagere: _____	Telefon: _____	
Afbud: _____	Mail: _____	
Referent: _____	Evt. aktuelt opholdssted: _____	

**Møde**

Emne (og ansvarlig)	Hvad skal vi opnå med mødeemnet?	Tid (min)	Beslutning og hvem gør hvad?
Velkommen og kort præsentation af mødedeltagere.	_____	_____	_____
Valg af referent	_____	_____	_____

Flexibel dagsordens-del: Andre emner indsættes nedenfor

Netværkskortet i CSC Social (skærbillede)

Københavns kommune  
Socialforvaltning

**Social  
Indsats**

231103-1234

lise let på ta

**Formular - (VM) Netværkskort - overblik over aktørerne i borgerforløbet**

Titel: \_\_\_\_\_

Gyldig fra: 27-09-2012 Gyldig til: \_\_\_\_\_

**Formål**

Netværkskortet skal sikre overblik over involverede personer og indsætter i borgerens sagsforløb. Det er et redskab til den koordinerende kontaktperson i socialforvaltningen og samarbejdsparter. Kortet skal løbende opdateres og sendes til relevante involverede parter.

**Hvem har udarbejdet netværkskortet?**

Udarbejdet af: \_\_\_\_\_ Data/senest opdateret: \_\_\_\_\_

**Information om borgeren**

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse/Bostad: \_\_\_\_\_

Telefon og mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cpr. nr.: \_\_\_\_\_

Hospitalsindlagt/Fængslet: \_\_\_\_\_

Samtykke:  Ja  Nej

Netværkskort	Hvem er koordinerende Kontaktperson?	Navn	Arbejdssted	E-mail	Telefon/mobil
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

**Fagpersoner og andre der er involveret i koordineringen af borgerens sagsforløb**

Har borger kontakt til?	Behandling	Navn	Arbejdssted	E-mail	Telefon/mobil
<input type="checkbox"/>	Praktisistlæge	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Speciallæge	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	DPC	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	OPUS	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	OP-beam	_____	_____	_____	_____

## 7.5 Vurderingskriterier – hvem er inkluderet i målgruppen?

I projektansøgningen var de to målgrupper for DKK beskrevet på følgende måde:

**Første gruppe** er borgere med sindslidelse, som for nyligt har afsluttet et længerevarende behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien (sengeafsnit på psykiatrisk hospital), og som står foran udskrivning eller netop er udskrevet fra behandlingsstedet. Ved længerevarende forstås, at borgeren har været så længe væk fra livet i egen bolig og evt. selvforsørgelse, at vedkommende står i en situation, hvor det normale hverdagsliv skal genoprettes og bolig, forsørgelse mv. skal genetableres (Der er tale om minimum 1 måneds indlæggelse på sengeafsnit).

**Anden gruppe** er borgere med sindslidelse, der afsoner en behandlingsdom på et behandlingssted ((rets-)psykiatrisk hospital), og som står over for udskrivning fra behandlingsstedet – enten fordi dommen/behandlingen er afsluttet, eller fordi dommen/behandlingen afsluttes i et mere åbent regi, fx et bocenter eller i egen bolig. Det centrale kriterium er, at vedkommende står i en situation, hvor hverdagslivet samt evt. bolig, forsørgelse mv. skal genetableres.

På baggrund af udviklingsarbejdet og efterfølgende afprøvning af arbejdsgangen og redskaberne til Den Koordinerende Kontaktperson blev der foretaget følgende præcisering af målgrupperne:

Første målgruppe er **borgere med sindslidelse, som står foran en udskrivning fra behandlingspsykiatrien**. Det centrale kriterium for målgruppen er, at borgerens situation på udskrivningstidspunktet er så kompleks, at der skal flere instanser og fagpersoner i spil for at sikre genetablering af borgerens liv, end borgeren er i stand til at overskue. Det kan dreje sig om en situation, hvor bolig, forsørgelsesgrundlag mv. skal genetableres.

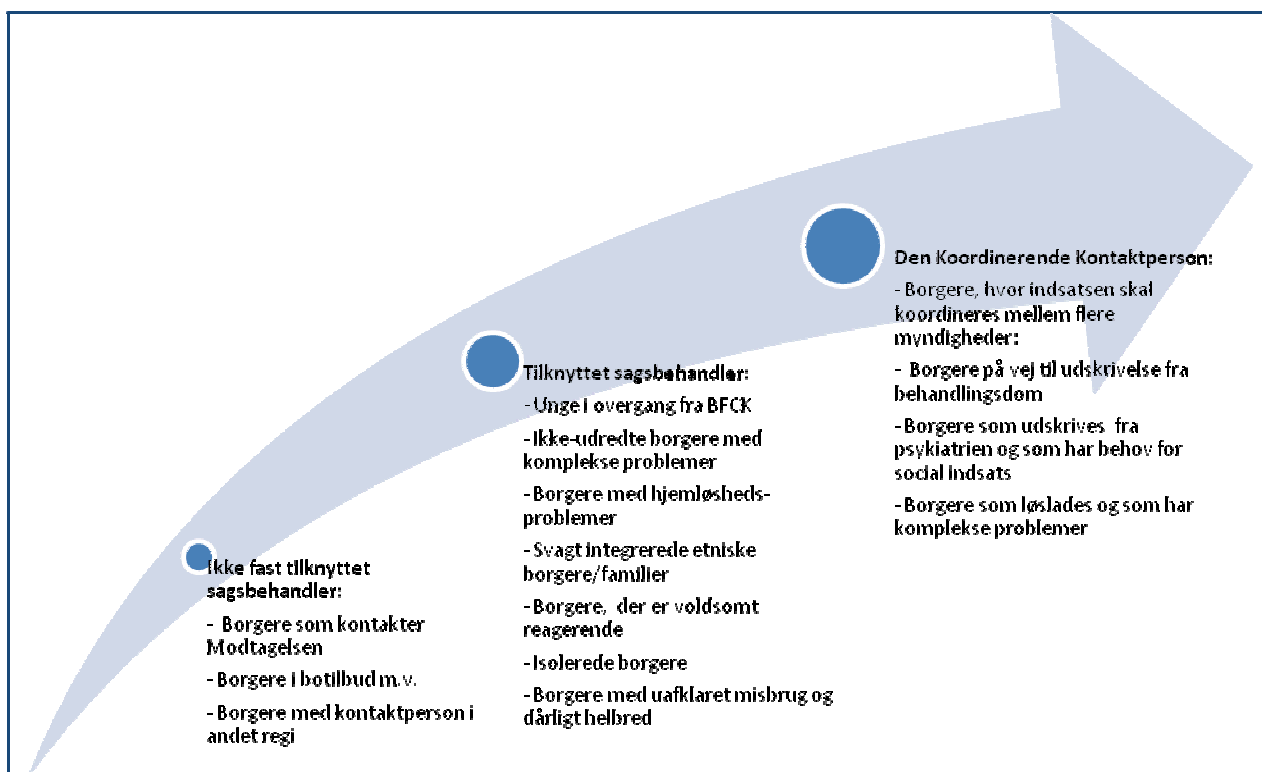
Anden målgruppe er **borgere med sindslidelse, der efter at have afsonet deres behandlingsdom på et behandlingssted (psykiatrisk hospital), nu står overfor udskrivning fra behandlingsstedet** - enten fordi dommen/behandlingen er afsluttet eller fordi dommen/behandlingen afsluttes i et mere åbent regi, fx i et bocenter eller i egen bolig. Det centrale kriterium er også her, at borgerens situation på udskrivningstidspunktet er så kompleks, at der skal flere instanser og fagpersoner i spil for at sikre genetablering af borgerens liv, end borgeren er i stand til at overskue.

For begge målgrupper gælder det, at borgeren skal være mellem 18-65 år.

### Målgruppen er udvidet

Det er desuden blevet besluttet, at målgruppen fremover skal suppleres med de borgergrupper, der aktuelt og lokalt har brug for en særlig koordineret indsats og en støtte i form af koordinering af indsatsen mellem flere myndigheder. Her vil den koordinerende kontaktperson også blive en effektiv metode i forhold til de borgere med største psykosociale vanskeligheder, der har brug for den mest intensive sagsbehandlerkontakt. Ud over borgere med sindslidelse eller behandlingsdom vil målgruppen fremadrettet også omfatte unge under 25 år med komplekse problemstillinger i form af fx socialt belastet familiebaggrund, misbrug, psykisk sårbarhed, ringe tilknytning til uddannelse og beskæftigelse.

Målgruppen skal løbende drøftes og præciseres i de lokale voksenenheder med udgangspunkt i denne models beskrivelse og afgrænsning af borgermålgruppen:



*Den Koordinerende Kontaktperson har ansvaret for en særlig koordineret indsats (SKI-forløb)*

Det er ligeledes besluttet, at metoden og kendskabet til redskaberne skal udbredes til alle sagsbehandlere på psykiatriområdet. Der aftales måltal for antallet af SKI-forløb i resultatkontrakten, i forhold til hvor mange borgerforløb, der skal gennemføres i 2012 og 2013.

### **Baggrunden for præciseringen**

Afgrænsningen '*længerevarende indlæggelse*' er ikke et optimalt kriterium for udvælgelse af borgere. Få borgere i PC er i længerevarende indlæggelser og PC mener endvidere, at der er et paradoks mellem denne definition og det faktum, at de i PC presses til at arbejde mod kortere indlæggelser. Målgruppebeskrivelsen fik derfor mere fokus på '*kompleksiteten*' af borgerens situation. Med kompleksitet menes der, hvorvidt borgeren befinder sig i en situation, hvor der er flere fagpersoner og instanser involveret i borgerens sag, eksempelvis ved behov for genetablering i forhold til bolig, forsørgelsesgrundlag m.v.

Denne beskrivelse udelukker ikke borgere, der har længerevarende indlæggelser, men den åbner op for de borgere, der har kortere forløb men stadig har et behov for koordinering. Beskrivelsen er dermed mere præcis i forhold til den målgruppe, vi ønsker at nå. Afgrænsningen går mellem de borgere, der selv kan overskue at koordinere mellem fagpersonerne og de borgere, der oplever, at deres situation er så kompleks, at de ikke kan overskue at koordinere. Det er borgerens oplevelse af kompleksitet, der er i fokus.

### **7.6 DKKernes opgave: Social rådgivning, støtte og koordinering til målgruppen**

Som nævnt tidligere er det hensigten med funktionen Den Koordinerende Kontaktperson at styrke en tidlig, helhedsorienteret og mere velkoordineret indsats overfor borgere med særligt komplekse sager. Det kan fx dreje sig om borgere, der står foran udskrivning fra en psykiatrisk indlæggelse og hvor mange forskellige fagpersoner skal i spil for at sikre en genetablering af borgerens liv.

Den koordinerende kontaktperson er Socialforvaltningens tovholder i borgerens sagsforløb. DKKeren er med til at sikre, at borgeren oplever en indgang til kommunen, samt at alle involverede arbejder efter et fælles mål.



## Til dig der skal være Koordinerende Kontaktperson

Ideen med den nye funktion i sagsbehandlingen - Den Koordinerende Kontaktperson (DKK) - er at styrke en tidlig, helhedsorienteret og mere velkoordineret indsats overfor borgere med sindslidelse.

Perioden efter udskrivning fra en længerevarende indlæggelse på psykiatrisk center er ofte svær. Borgerens boligsituation skal afklares, arbejde, socialt netværk og fritidsliv skal ofte genetableres, og behandlingstilbud og andre tilbud skal koordineres. Mange forskellige fagpersoner er involveret i borgerens forløb. Samtidig er overgangen afgørende for borgernes videre livsbane.

Som koordinerende kontaktperson er du socialforvaltningens tovholder i borgerens sagsforløb. Du er med til at sikre, at borgeren oplever en god overgang fra indlæggelsen i hospitalspsykiatrien til et velfungerende liv på egne præmisser efter udskrivning. Som koordinerende kontaktperson har du til opgave at:

- samle trådene i borgerens sag, dvs. at koordinere og kommunikere om indsatser og tiltag i relation til borger og samarbejdsparter
- sikre at borgeren guides rundt i systemet og modtager en god kommunikation om den samlede indsats og muligheder for tilbud
- inddrage alle relevante parter i borgerens sagsforløb
- bidrage til at alle arbejder i samme retning på tværs af faglige og organisatoriske skel

Den koordinerende kontaktperson skal ikke overtage de øvrige samarbejdsparter og myndigheders opgaver – disse skal fortsat bidrage som hidtil. Du skal heller ikke besidde de øvriges fagspecifikke viden og kompetencer – men sikre koordinering af disse. Der er i udgangspunktet heller ikke tale om ændrede beslutningskompetencer.

I denne mappe finder du redskaber og materialer, der skal anvendes til at udføre opgaven som koordinerende kontaktperson. Mappen er udarbejdet af sagsbehandlere i Socialcenter Københavns Voksenenheder, medarbejdere i BIF, psykiatrien og Kriminalforsorgen i samarbejde med Socialt Udviklingscenter SUS.

Københavns Kommunes Socialforvaltning

Socialdirektør Anette Lailgaard

## Interne opgaver som Koordinerende Kontaktperson

I relation til **borgeren** er din opgave, at:

- være borgerens kontaktperson i forvaltningen i overgangsperioden – dvs. at være *den ene person* i Voksenenheden borgeren behøver at tage kontakt til. Borgeren skal opleve én entydig indgang til kommunen
- have løbende kontakt med borgeren og eventuelle pårørende – dvs. kontakte borgeren via telefon, SMS, mail, hjemmebesøg mm.
- støtte borgeren i at overskue sit eget sagsforløb – forklare tidsforløb, aktiviteter, fremgangsmåden i forløbet mv.
- sikre borgerens mulighed for indflydelse på eget sagsforløb – altid at lytte til borgeren og se borgeren som "ekspert i eget liv"
- guide borgeren rundt i det kommunale system samt øvrige relevante instanser – SOF, BIF, botilbud, misbrugsbehandling, distriktpsykiatri mv.
- understøtte borgerens kontakt til andre relevante fagpersoner i og udenfor kommunen
- være på forkant med de behov og løsningsmuligheder, der skønnes at kunne opstå fremadrettet – og handle hurtigt for at sikre forebyggelse og tidlig indsats
- indkalde og forberede borgeren til koordineringsmøder sammen med andre fagpersoner samt efter mødet klargøre for borgeren, hvad beslutningerne betyder for borgeren

I relation til **interne og eksterne samarbejdspartnere** er din opgave, at:

- være kontaktperson – dvs. være *den kommunale sagsbehandler*, som andre fagpersoner i og udenfor kommunen kan tage kontakt til i forbindelse med borgerens sagsforløb
- koordinere sagsforløbet – dvs. at samordne de faglige tiltag både indholdsmæssigt og tidsmæssigt med udgangspunkt i de opstillede mål for indsatsen (den sociale handleplan)
- skabe overblik over hvilke samarbejdsparter (internt og eksternt), der er involveret i den pågældende borgers sagsforløb og orientere dem om, hvem der har koordinatorfunktionen og hvordan opgavefordelingen er
- formidle relevante oplysninger løbende, fx pr. e-mail, til de involverede samarbejdspartnere
- indkalde og udsende 'Udrette-dagsorden' til koordinerende møder, når sagens problemstillinger eller udvikling i sagen nødvendiggør en mundtlig drøftelse
- facilitere effektive og konstruktive møder og sikre, at der er en mødeleder og en referent på møder samt at alle relevante parter er velinformerede forud for møder og modtager informationer om beslutninger

## Koordinatorappens afsnit om DKKernes opgaver

DKKernes overordnede opgave er at:

- Samle trådene i borgerens sag, dvs. at koordinere og kommunikere om indsatser og tiltag i relation til borger og samarbejdsparter
- Sikre at borgeren guides rundt i systemet og modtager en god kommunikation om den samlede indsats og muligheder for tilbud
- Inddrage alle relevante parter i borgerens sagsforløb
- Bidrage til at alle arbejder i samme retning på tværs af faglige og organisatoriske skel.

Den koordinerende kontaktperson skal ikke overtage de øvrige samarbejdsparter og myndigheders opgaver – disse skal fortsat bidrage som hidtil. De skal heller ikke besidde de øvriges fagspecifikke viden og kompetencer – men sikre koordinering af disse. Der er i udgangspunktet heller ikke tale om ændrede beslutningskompetencer.

## 7.7 Opgaverne i relation til hhv. borgerne og samarbejdsparter

I relation til *borgeren* er opgaverne at:

- Være borgerens kontaktperson i forvaltningen i overgangsperioden – dvs. at være den ene person i Voksenenheden borgeren behøver at tage kontakt til. Borgeren skal opleve én entydig indgang til kommunen
- Have løbende kontakt med borgeren og eventuelle pårørende – dvs. kontakte borgeren via telefon, SMS, mail, hjemmebesøg mm.
- Støtte borgeren i at overskue sit eget sagsforløb – forklare tidsforløb, aktiviteter, fremgangsmåden i forløbet mv.
- Sikre borgerens mulighed for indflydelse på eget sagsforløb – altid at lytte til borgeren og se borgeren som ”ekspert i eget liv”
- Guide borgeren rundt i det kommunale system samt øvrige relevante instanser – SOF, BIF, botilbud, misbrugsbehandling, distriktspsykiatri mv.
- Understøtte borgerens kontakt til andre relevante fagpersoner i og udenfor kommunen
- Være på forkant med de behov og løsningsmuligheder, der skønnes at kunne opstå fremadrettet – og handle hurtigt for at sikre forebyggelse og tidlig indsats
- Indkalde og forberede borgeren til koordineringsmøder sammen med andre fagpersoner samt efter mødet klargøre for borgeren, hvad beslutningerne betyder for borgeren.

I relation til interne og eksterne *samarbejdsparter* er opgaverne at:

- Være kontaktperson – dvs. være den kommunale sagsbehandler, som andre fagpersoner i og udenfor kommunen kan tage kontakt til i forbindelse med borgerens sagsforløb
- Koordinere sagsforløbet – dvs. at samordne de faglige tiltag både indholdsmæssigt og tidsmæssigt med udgangspunkt i de opstillede mål for indsatsen (den sociale handleplan)
- Skabe overblik over, hvilke samarbejdsparter (internt og eksternt), der er involveret i den pågældende borgers sagsforløb og orientere dem om, hvem der har koordinatorfunktionen og hvordan opgavefordelingen er
- Formidle relevante oplysninger løbende, fx pr. e-mail, til de involverede samarbejdspartnere
- Indkalde og udsende ’Udrette-dagsorden’ til koordinerende møder, når sagens problemstillinger eller udvikling i sagen nødvendiggør en mundtlig drøftelse
- Facilitere effektive og konstruktive møder og sikre, at der er en mødeleder og en referent på møder, samt at alle relevante parter er velinformerede forud for møder og modtager informationer om beslutninger.



## 8 Evaluering af DKK

---

*”Borgeren blev også mere nærværende, fordi han kom i centrum. Vi fik fokus på hans samlede situation og de sociale problemstillinger - og ikke så meget på medicinering og diagnoser, hvor der er risiko for tale henover hovedet på borgeren.”* (Sagsbehandler i afprøvningsfasen).

På baggrund af den løbende dataindsamling undervejs i projektet, jf. tidligere afsnit, er der i det følgende fokus på, hvad der er blevet peget på som væsentlige elementer, der kommet ud af projektet.

### 8.1 Borgernes vurdering

På baggrund af sagsgennemgange og interviews med borgere, der har haft koordinerende kontaktpersoner samt opfølgningen hos de koordinerende kontaktpersoner, kan der fremhæves følgende elementer, som vurderes at være kendetegnende ved funktionen.

#### Støtte til overblik i sagsforløb

Sociale problemstillinger fylder meget for borgeren fx under psykiatrisk sengeindlæggelse. Borgerne peger på, at det er vigtigt at få støtte til overblik i sagsforløb samt fokus på netop de sociale problemstillinger så som manglende bolig, husleje, familierelationer mv., så borgeren primært kan fokusere på at komme sig og blive bedre igen.

Borgerne peger på, at der er en god sammenhæng i sagsforløb med en koordinerende kontaktperson, der har overblik i sagen og over involverede fagpersoner i og uden for SOF.

#### Øget borgerinddragelse

Borgere, der har haft en koordinerende kontaktperson, giver udtryk for, at de i højere grad end tidligere oplever sig inddraget i eget sagsforløb. Dette forklarer flere af de koordinerende kontaktpersoner med at flere af redskaberne sikrer en vis automatik i at inddrage borgeren i højere grad i indsatsen.

Eksempelvis anvendes udrettedagsordenen til at skabe et ”talerum” for borgeren, idet borgeren her kan få sit eget punkt øverst i udrettedagsordenen. Andre anvender muligheden for, at borgeren ved hvert mødepunkt får mulighed for at runde punktet af med henblik på at inddrage og forstå hvad der er talt om og besluttet. Dette styrker indflydelsen i beslutninger om eget sagsforløb på koordinerende møder.

#### Struktureret sagsbehandling

Borgerne oplever en mere struktureret sagsbehandling, hvilket fremhæves som meget positivt. Som eksempel på det strukturerede nævnes bl.a., at DKKeren på forhånd udsender skriftligt materiale forud for et koordinerende møde så som udrettedagsorden, netværkskort og supplerende dokumenter, der tydeliggør for borgere og eventuelle pårørende, hvad det handler om og hvad formålet med møde og aktiviteter er.

## Tryghed

Mange af borgerne, der har haft en DKK tilknyttet, har kontakt til adskillige professionelle fra både kommunen og regionen. Og det opleves vanskeligt at have overblik over de forskellige involverede fagpersoner fra "hvert system". Derfor peger flere borgere på, at det giver tryghed, når de ved, hvem der er tovholder på eget sagsforløb i socialforvaltningen og at de koordinerer sagsforløbet med de andre relevante professionelle.

## Et samarbejde med kommunen

En borger betegner sit sagsforløb som et "*samarbejde*" med kommunen. Borgeren beskriver at være "*glad for samarbejdet med kommunen og kontakten med både hjemmevejleder og den koordinerende kontaktperson*". Dette samarbejde indebærer, at borgeren oplever samarbejdet ligeværdigt. Kommunen kontrollerer eller bestemmer ikke over borgeren liv, men borger og kommune samarbejder om, hvad der kan og skal ske for, at borgeren får det bedre. En respektfuld og ligeværdig samarbejdsrelation mellem myndighed og borger er et meget væsentligt afsæt for, at borgerens recovery-proces bliver effektiv.

## Recovery-orienteret sagsarbejde

Borgerne oplever, at de "*bliver taget alvorligt*", hvilket særligt skyldes den højere grad af inddragelse i eget sagsforløb og den øgede koordinering og løbende orientering herom. Der hvor borgeren oplever særlig god kontakt med sin koordinerende kontaktperson er, når de oplever at blive set og hørt som personer med brug for hjælp og rådgivning og ikke "*bare set som en diagnose*", som en borger udtrykker det. Et vigtigt resultat er derfor, at borgerne oplever, at de først og fremmest er personer - og dernæst er personer med en sygdom eller med psykiske vanskeligheder, der har behov for støtte til at blive raske.

## **8.2 De pårørendes vurdering**

De pårørende, der har været interviewet i forbindelse med projektet, giver udtryk for, at de oplever en øget tryghed, når borgeren har en koordinerende kontaktperson. Flere giver udtryk for, at de har taget sig af en del af de sociale problemstillinger i forbindelse med, at deres pårørende har været syge og indlagte og at det kan være en kæmpe belastning. Derfor er det betryggende som pårørende at vide, at der er en professionel, der koordinerer indsatsen og hjælper borgeren med de pågældende problemstillinger. Desuden er det betryggende at vide, hvem der kan kontaktes i SOF, hvis der skulle være behov for det som pårørende.

## **8.3 DKKernes vurdering**

Monitoreringen viste, at DKKerne generelt har oplevet, at det at være koordinerende kontaktperson har givet mulighed for at have større overblik over, *hvem der gør hvad og hvornår* i borgerens sag. Og, at flere borgerforløb har været velstrukturerede og meget målrettede til gavn for borgerne.

*”Det kræver ihærdighed at få samlet alle til et koordinerende møde og få tænkt grundigt igennem, hvad der er vigtigt at tale om. Men det betaler sig i længden. De koordinerende redskaber er en hjælp for os som koordinerede kontaktpersoner til at samle trådene i borgernes liv og giver overblik over de udfordringer, der skal løses og overblik over planer for borgerens fremtid” (Sagsbehandler i afprøvningsfasen).*

Samlet set vurderer DKKerne:

- Udrettedagsorden er en god ”rammesætter” for forberedelse, gennemførelse og opfølgning på koordinerende møder og aktiviteter med borgere og samarbejdspartnere
- Brugen af Udrettedagsorden har højnet kvalitetsniveauet i forhold til tydelig mødeindkaldelse, afholdelse af effektive møder og god opfølgning i forhold til tidligere praksis
- Netværkskortet giver et rigtig godt overblik over aktørerne i et sagsforløb og hurtig og effektiv adgang til oplysninger på professionelle og privat netværk, der er relevante i borgerens forløb (fx er brugen af gule post it-sedler og kontaktinformationer på indersiden af papirsagsmapper reduceret ved brug af det elektroniske netværkskort)
- Styrket borgerinddragelse: Metoden og Udrettedagsordenen til koordinerende møder kan sikre øget borgerinddragelse ved at indføre fx ”borgerens status” som fast punkt i starten af dagsordenen og evt. ydermere give borgeren taletid efter hvert mødepunkt med henblik på konklusioner og fælles forståelse af beslutninger
- At borgermålgruppen i projektet har oplevet velkoordinerede sagsforløb på tværs af forvaltninger, eksterne samarbejdspartnere og leverandører
- De koordinerende kontaktpersoner har oplevet, at samarbejdet med samarbejdspartnere er blevet bedre styret og virker mere professionelt
- De koordinerende kontaktpersoner oplever, at samarbejdspartnerne giver udtryk for, at de erfarer, at samarbejdet er bedre med klare roller og opgavefordeling i borgerforløbene, hvor metoderne er anvendt.

### **Spørgeskemaundersøgelse med DKKerne**

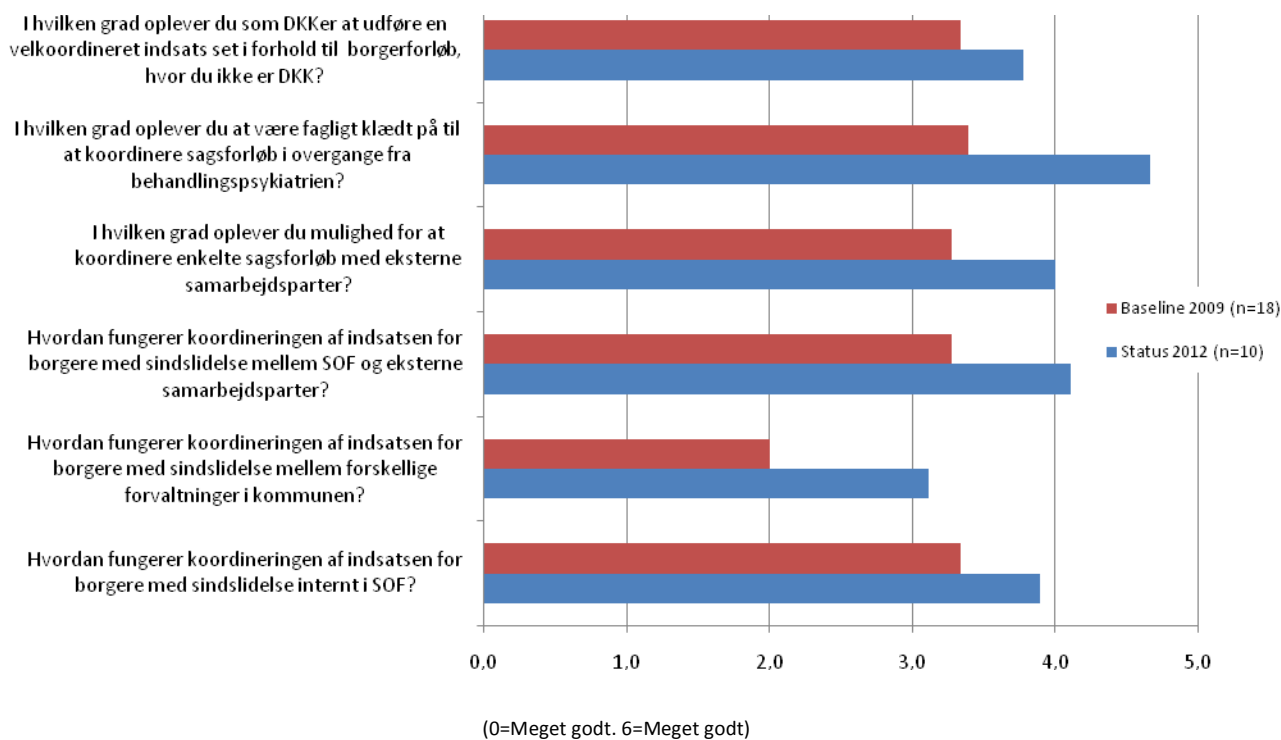
Der er gennemført en baselinemåling i forbindelse med projektstart i 2009 og en opfølgende måling ved projektafslutning i august 2012. Målingerne består af et spørgeskema, som DKKerne har besvaret i 2009 og igen i 2012. I 2012 er der tilføjet yderligere fire spørgsmål, der kan give relevant viden om koordineringen af sagsforløb, dog uden at disse svar kan sammenlignes med baseline.

I søjlediagrammet neden for fremgår det, at de sagsbehandlere, der har arbejdet som DKKere, vurderer, at projektforsløbet samlet set har haft en positiv effekt på koordineringen af borgerforløb for målgruppen. De største positive forbedringer fra 2009 til 2012 er sket i forhold til, at DKKerne vurderer, at koordineringen mellem relevante forvaltninger i kommunen fungerer bedre.

DKKerne oplever sig også markant bedre ”klædt på” fagligt til koordinationsopgaverne i sagsforløb i overgangen fra behandlingspsykiatri til kommunens socialpsykiatri. Og dette hænger muligvis sammen med en klar forbedring i koordineringen med eksterne samarbejdspartner, som primært har været de psykiatriske centre i regionen.

DKKerne vurderer også, at koordineringen internt i Socialforvaltningen (SOF) er forbedret og at deres egne muligheder for at koordinere enkelte sagsforløb er styrket.

**Tabel 1. Sagsbehandlernes vurdering af koordinering i 2009 og 2012**



DKKerne har på evalueringsseminar og senere implementeringsseminar bekræftet, at der er følgende fordele ved brugen af arbejdsgangsmodel, redskaber og metoder:

- Overblik over sagsforløb
- Fælles praksis
- Fælles sprog
- Gennemsigtighed i DKKernes arbejde for borger og samarbejdsparter
- Hurtig adgang til letanvendelige hjælperedskaber
- Beslutningsstøtte
- Synliggørelse af god praksis
- Mulighed for systematisering af erfaringer.

De koordinerende kontaktpersoner har givet udtryk for følgende potentielle *udfordringer*:

- Man risikerer at love mere end man kan holde over for borgeren og samarbejdspartnere. Dette skyldes primært manglende tid, og at der ikke er beslutningskompetence i forhold til myndighedsudøvelse (DKKerne træffer ingen myndighedsafgørelser og kan derfor alene viderefremme viden, rådgive o.l.)
- Aftagende fokus på 'kontaktpersonrollen' – der kan opstå et misforhold mellem arbejdet med at overholde tidsfrister, udarbejde voksenundredning, sociale handleplaner osv. på den ene side og

på den anden side arbejdet som koordinator, hvor der ofte kan være mindre fokus på sidstnævnte.

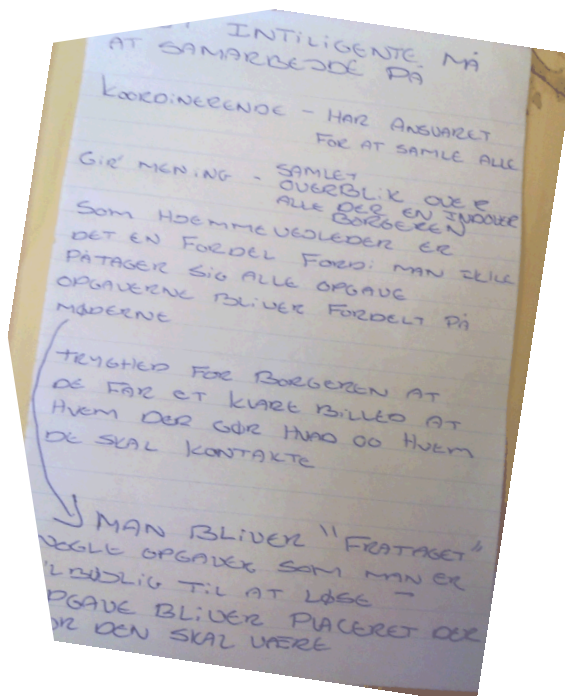
- DKK kræver tid, dels fordi man skal sætte sig ind i arbejdsgang, metoder og redskaber og dels fordi der typisk er mere koordinering i starten af et sagsforløb - selvom det er et kvalitetsmæssigt løft for den koordinerede indsats.

#### 8.4 Eksterne samarbejdspartners vurdering

En voksenenhedsleder har modtaget nedenstående brev fra en hjemmevejleder med en kort evaluering af, hvad det vigtigste bidrag DKK har givet hjemmevejlederen som samarbejdspartner til sagsbehandlere.

Overskriften "Den mest intelligente måde at samarbejde på" begrundes ved følgende:

- Meningsfuldt at en fagperson (her: DKKeren) samler overblikket over indsatser og alle personer, der er involveret i borgersagen. Opgaver i forbindelse med borgerforløbet fordeles på det koordinerende møde.
- Tryghed for borgeren at de får et klart billede af, hvem der gør hvad, og hvem de skal kontakte i forløbet.
- Som samarbejdspartner bliver man "frataget" nogle opgaver, der på det koordinerende møde placeres, hvor de bedst hører hjemme – i stedet for at man som fagperson påtager sig opgaver, der ikke skal løses i eget regi.



## 9 Forankring af DKK i Socialcenter København

Projektets implementeringsfase har primært haft fokus på implementering af de koordinerende redskaber og arbejdsgang. Der er afholdt to heldagsseminarer om implementeringsstrategi for DKK: et seminar med medarbejdere i DKK fra voksenenhederne samt lokale ledere og et seminar for cheferne i Socialcentret og voksenenhederne samt cheferne i udsatte-enheden og hjemløse-enheden. Formålet har været at sikre en solid forankring og spredning af metoder og redskaber i Socialcenter København for derved at sikre "hverdagsintegration" af DKK i sagsbehandlingens praksis efter projektets udløb.

På implementeringsseminaret arbejdede DKKerne med "Bør-Gør-Hjulet" til at drøfte:

- Hvad vi har gjort, som er godt, og som vi ønsker at fastholde?
- Hvad kan vi gøre mere af eller gøre bedre og som vi ønsker at udvikle?
- Hvad gør vi nu, som ikke fungerer godt og som vi ønsker at stoppe og "parkere"?



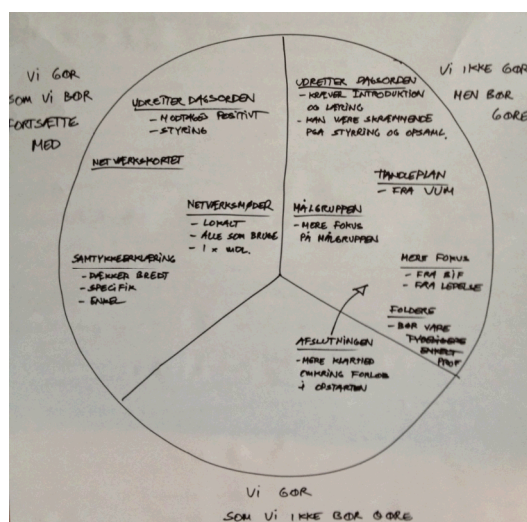
DKKerne udarbejdede følgende konklusioner på projektet:

**Fastholde** - Hvad gør vi, som vi ønsker at blive ved med at gøre?:

- Udrettedagsordenen skal fastholdes. Alle er glade for at være mødeledere og bruge denne metode til forberedelse, gennemførelse og opfølgning på møder
- Netværkskortet giver et godt overblik over samarbejdsparter
- Ugemøderne i Voksenenhederne med kollegial faglig sparring er en god ide for at understøtte videndeling og fokus samt drøfte erfaringer med udrettedagsordener med andre
- Samtykkeerklæringerne fra DKK giver god mening, dækker bredt og er enkle at forstå.

**Udvikle** - Hvad gør vi ikke (nok af), som vi bør gøre (mere af)?:

- Bedre og mere tydelige beslutningsreferater af hvad der er blevet besluttet på møderne, så det ikke går tabt – brug beslutningsfeltet i udrettedagsordenens højre kolonne
- Alle skal lære at bruge DKK-redskaberne – mere spredning af metoden til kollegerne
- Indtænke VUM-redskabet som en del af DKK
- Netværkskortet skal benyttes valgfrit. Hvis der er mange aktører i et borgerforløb, er det godt
- Bedre brochurer om DKK til samarbejdsparter. Mere professionelt look og layout
- Klarere linjer for, hvornår man ophører at være kontaktperson – en tydeligere exit-strategi
- Bedre introduktion til udrettedagsordenen samt formidling af dens fordele og styrker. Nogle har svært ved at komme i gang med den
- Målgruppen bør debatteres løbende. Nogle mener, at metoden også skal benyttes til mennesker, der er ramt af hjemløshed eller har misbrug.



**Parkere** - Hvad gør vi, som vi ikke bør gøre?:

- Overveje at bibeholde borgere med behandlingsdomme i målgruppen. Nogle har haft positive erfaringer med denne målgruppe.

### 9.1 Medarbejdernes forslag til byggestene i forankringen af DKK

Sagsbehandlere i DKK har foreslået en række fokuspunkter og konkrete initiativer til at forankre DKK i Socialcentret. Disse præsenteres her i kort form:

#### Ledelsesopbakning

Der skal skabes ledelsesmæssigt fokus og forståelse for at forbedre rammerne for brugen af metoderne i DKK. Ledelsen skal:

- Opsætte konkrete mål at sigte efter, så metoder og redskaber prioriteres i hverdagen
- Give opbakning og tage initiativ til faste møder i enhederne
- Stille krav til samarbejdsparterne om at bidrage til samarbejde og kommunikation
- Tydeliggøre målgruppen og defineres i relation til konkrete målsætninger
- Gøre opmærksom på metoden og værktøjernes styrker.

#### Dialog med samarbejdsparter – samarbejde med psykiatrien

Samarbejdet med behandlingspsykiatrien skal styrkes og udvikles, de skal have bedre kendskab til metoden og bidrage med erfaringsudveksling. Konkret foreslås:

- Socialcenter København inviterer og afholder halvårlige møder med psykiatrien (ultimo 2012 primo 2013 osv.) til orientering og drøftelse af DKK og det fremtidige samarbejde.

#### Ekstern formidling (BIF, PC, OPUS, KRIM, (hjemmevejledere m.fl.):

- Seminarer med Psykiatrien
- Fast punkt på samarbejds møderne med psykiatrien.
- Bedre brochurer
- Opmærksomhed omkring hjemmesiden
- BIF-SOF specialenheden.



#### Intern formidling via

- Nyhedsbrevet SOF-bladet
- Knuds blog
- Faste møder i Voksenenhederne, hvor udfordringer og succeser i DKK udveksles.

#### Videndeling og introduktion til DKK

Andre sagsbehandlere uden for DKK skal også introduceres til metoden. Konkret kan dette ske ved:



- Fælles temadage hvor målgruppen og redskaberne introduceres til alle sagsbehandlerne i Voksenenhederne
- Løbende videndeling lokalt: Sidemandsoplæring og faste interne møder til drøftelse af konkrete sager, faglig sparring, sagsfordeling osv.

### Kompetenceudvikling – særligt nye medarbejdere og eksisterende kolleger uden for DKK

Det er vigtigt, at der kan foregå en effektiv indføring i metoden med nye – konkret kan foreslås:

- Pixi-bog til introduktion. Indeholder kort beskrivelse af metode, forløb og to-do-liste
- Oplæring i effektiv og anerkendende mødefacilitering
- Parløb med erfaren DKKer, introduktion til udrettedagsorden, Prøve-møde og intern ”træningsbane” ved mindre møder med kolleger
- Kursusforløb med grundig introduktion til metoden samt effektiv mødefacilitering og koordinering
- Sidemandsoplæring med erfaren DKKer.

## 9.2 Socialcenter Københavns forankringsplan for DKK

Herunder følger et forslag til en forankringsplan for metoden og værktøjerne i ’Den Koordinerende Kontaktperson’.<sup>2</sup> Dokumentet består først af 5 punkter, som der kan tages udgangspunkt i ved implementeringen i den lokale Voksenenhed og dernæst et forslag til program for en ½ temadag i den lokale Voksenenhed inklusiv en gruppeopgave. Forslaget indebærer, at den lokale områdechef sammen med sin tovholder laver en plan for implementeringen. Planen skal beskrive uddannelsesplan med temadag og sidemandsoplæring, intern mødevirksomhed med sparring og videndeling, beskrivelse af tovholderfunktionen, den lokale borgermålgruppe for Voksenenheden samt lokale måltal for antal gennemførte borgerforløb.

Voksenenhederne NV, VVØC og Amager har erfarne tovholdere fra projektet og det foreslås, at disse danner makkerpar med de øvrige enheder, der er nye i metoden – dvs. Nørrebro, Hjemløse- og Udenbys-enhederne. De erfarne tovholdere kan deltage i den halve temadag og de første to koordineringsmøder i de nytilknyttede enheder.

Tre erfarne tovholdere fra tre Voksenenheder fordeles i en ”makker-ordning” til andre enheder:

- Claus Madsen fra VVØV er ”makker” for *Udenbysenheden* (tovholder: Merete Rasmussen)
- Kasper Gaej fra Amager er ”makker” for *Hjemløseenheden* (tovholder: Mangler)
- Lisa Buchard Christensen fra Nordvest er ”makker” for *Voksenenhed Nørrebro* (tovholder: Trine Kibsgaard).

---

<sup>2</sup> Planen er udarbejdet af DKK-tovholderne Claus Madsen, Amy, Lisa Buchardt, Merete og Kasper Gaej samt Maria Clemmesen fra Kvalitets- og Udviklingsenheden i Socialcenter København.



### 1. Uddannelse af koordinerende kontaktpersoner – temadag og sidemandsoplæring:

- ½ Temadag i Enheden
- Det foreslås at alle i Enheden deltager i Temadagen, så der er kendskab til metoden, og så kolleger kan gøre opmærksom på potentielle sager for metoden
- Forslag for Voksenenheder der *allerede har* koordinerende kontaktpersoner (NV, VVØC, Amager):
  - Føl-ordning:  
Nye medarbejdere til metoden er føl hos en erfaren makker. De nye (føl) er ansvarlige for fx 2 sager hver inden for en periode på 6 mdr., hvor de skal bruge koordineringsredskaberne. De sparrer løbende med makkeren, der kan hjælpe til med at udarbejde en dagsorden, deltage i møder, give feedback etc.
  - Alternativt kan tovholderne varetage oplæringen af de nye kontaktpersoner (I Valby er der fx kun 3 nye kontaktpersoner).
- Forslag for Enheder hvor alle er nye i metoden (Nørrebro, Hjemløse, Udenbys)
  - Afprøvning og faste møder:  
Alle skal inden for en periode på 6 mdr. have 1-2 sager, hvor de bruger koordineringsredskaberne. Tovholderne i de nye Enheder får en erfaren tovholder-makker at sparre med. Der afholdes månedlige møder, og de første to gange er den erfarne tovholder-makker med til mødet.

### 2. Mødevirksomhed:

- Der skal tages stilling til mødehyppighed og mødeindhold
- Alle nye koordinerende kontaktpersoner kan fx mødes én gang månedligt med tovholderen. Tovholderen indkalder til møderne og fastlægger og udsender dagsorden. Mødet bruges til at visitere nye sager, drøfte sager der er i gang, holde fokus på at få brugt de koordinerende redskaber, drøfte afslutning af sager - og om der er lavet VUM i sagerne.

### 3. Tovholderfunktionen:

- Tovholderfunktionen skal beskrives
- Tovholderens opgave er eksempelvis at samle op på generelle læringspunkter og problematikker i forbindelse med metoden, at deltage i netværksmøder med andre tovholdere, at holde ledelsen løbende orienteret om opgaven samt evt. at have overblik over igangværende sager med koordinerende kontaktperson.