

Undersøgelse af redskaber til koordinering og samarbejde for mennesker med sindslidelse og misbrug



Undersøgelse af redskaber til koordinering og samarbejde for mennesker med sindslidelse og misbrug

Udgivet af Socialt Udviklingscenter SUS www.sus.dk

Juni 2013

Udarbejdet af:

Jesper Henriksen, Louise Boye Larsen, Pauline Hagensen, Laura Steenbuch Krabbe og Birgitte Bækgaard
Brasch

Indhold

1	Forord	4
2	Sammenfatning og konklusion	5
3	Koordineringsredskaber	9
4	Behov og fokus	12
5	Organisering af indsatsen i regioner og kommuner	14
6	Sådan benyttes og vurderes koordineringsredskaberne.....	21
7	Udvalgte koordineringsredskaber	33
8	Metode	76
9	Bilag 1: Regionernes besvarelser og repræsentativitet.....	81
10	Bilag 2: Kendskab til, inddragelse og vurdering af redskaberne	83

1 Forord

Mennesker med både sindslidelse og misbrug har en dobbeltproblematik, der betyder, at de ofte har brug for flere indsatser og støttetilbud – på tværs af kommuner og regioner. Især de mest udsatte borgere med sindslidelse og misbrug kan have en oplevelse af at blive tabt i systemet, når de har brug for flere indsatser samtidig, eller når de overgår fra et tilbud til et andet. Derfor mærker netop mennesker med sindslidelse og misbrug behovet for en bedre koordinering mellem systemerne.

Socialt Udviklingscenter SUS har lavet en række undersøgelser af indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug – heriblandt andet publikationerne:

- 'Hvad sker der nu?' (Christensen & Hagensen 2009, SUS og SIND).
- 'En tværfaglig udfordring. Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug' (Socialt Udviklingscenter SUS 2011).
- 'Vidensbase – indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug' (Socialt Udviklingscenter SUS 2011).
- 'Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats' (Hagensen et al. 2010).

I de seneste år er der sat fokus på koordinering og samarbejde – blandt andet gennem initiativer søsat af Socialministeriet. Socialt Udviklingscenter SUS mærker den stigende interesse og samarbejder med stadig flere kommuner om udvikling og implementering af koordineringsredskaber på en række forskellige områder. Heriblandt udsatte borgere, der ofte er i kontakt med både den regionale psykiatri og kommunale tilbud. Meget tyder på, at der er uudnyttet potentiale i forhold til at forbedre koordinering og samarbejde ved at bringe eksisterende redskaber i anvendelse.

Der er behov for en forbedret koordineret indsats – samtidig med at koordineringen opleves som en stor udfordring. Hvis flere koordineringsredskaber skal udbredes og tages i anvendelse i forhold til mennesker med sindslidelse og misbrug, er der behov for en mere aktiv viden om redskaberne.

Undersøgelsen er gennemført i 2012 og er finansieret af Social- og Integrationsministeriet på baggrund af henvendelse fra Socialt Udviklingscenter SUS.

2 Sammenfatning og konklusion

I denne rapport formidles resultaterne fra en landsdækkende undersøgelse af eksisterende koordineringsredskaber som anvendes i kommuner og regioner i indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Undersøgelsen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse som er udsendt til samtlige af landets kommuner og regionale psykiatriske centre samt kvalitative data fra fortolkningsseminar, telefoninterviews og møder med professionelle involveret i indsatsen. Der er besvarelser fra 211 forskellige organisatoriske enheder fordelt på 48 kommuner og 13 psykiatriske centre.

Undersøgelsens *formål* er at afdække nuværende praksis omkring koordinering og samarbejde i forhold til borgere med sindslidelse og svarer på følgende spørgsmål:

- Hvilke redskaber findes der til at støtte koordinering og samarbejde i forhold til mennesker med sindslidelse og misbrug?
- Hvilke redskaber er der kendskab til, i hvor høj grad inddrages de i koordineringsarbejdet, og hvordan vurderes redskaberne, når de inddrages?
- Hvilke redskaber har størst potentiale til at støtte koordineringen af den samlede indsats?

2.1 Koordineringsredskaber

I forbindelse med undersøgelsen er der udarbejdet nedenstående liste med 14 eksisterende koordineringsredskaber på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Det vil sige redskaber, værktøjer el.lign., der kan understøtte en sammenhængende indsats på tværs af det sundhedsfaglige område, det socialfaglige område, misbrugsbehandlingen og den psykiatriske indsats.

Koordinering nationalt:

- Det fælles værdigrundlag

Koordinering mellem region og kommuner

- Sundhedsaftale (sundhedsloven)
- De sociale rammeaftaler
- PSP-samarbejdet

Koordinering af enkeltsager

- Kommunal koordinator
- Regional koordinator
- Social handleplan (SEL § 141)
- Behandlingsplan (psykiatriloven, § 3 stk. 3)
- Udskrivningsaftale (psykiatriloven § 13a)
- Koordinationsplan (psykiatriloven § 13b)
- Udskrivningsguide (udskrevet.dk)
- Behandlingsplan ift. misbrugsbehandling
- Rehabiliteringsplan

- Åben dialog

2.2 Kendskab til, inddragelse og vurdering af koordineringsredskaberne

Besvarelsenerne af spørgeskemaundersøgelsen er analyseret i forhold til regionerne og kommunernes *kendskab* til koordineringsredskaberne, samt i hvor høj grad de *inddrages* i koordineringsarbejdet, og hvordan de *vurderes* at fungere som koordinerende redskab. Dette ud fra en grundantagelse om, at jo flere funktioner, der har kendskab til et redskab og inddrager det samt vurderer det positivt, jo større er potentialet for, at redskabet kan anvendes til at koordinere på tværs.

Der er flere af redskaberne, der er kendetegnet ved et bredt kendskab – det vil sige, at der er et stort sammenfald mellem hvilke redskaber, der er kendskab til i både kommune og regioner. Endvidere er der stor sammenhæng mellem hvilke redskaber, der er kendskab til og hvilke der inddrages i koordineringsarbejdet. Derimod har analysen vist, at der ikke er en stringent sammenhæng mellem hvilke redskaber, der er kendskab til og inddrages samt vurderes positivt. Som det også fremgår af nedenstående oversigt er der få redskaber, der er gennemgående i forhold til både at være bredt kendte, inddraget i høj grad og vurderet positivt.

Når der ses på tværs af både region og kommune er det kun PSP-samarbejdet, der ligger højt i alle tre kategorier. Den sociale handleplan og behandlingsplan for misbrugsbehandling markerer sig begge positivt i forhold til koordinering i de *kommunale* funktioner, mens udskrivningsaftalerne markerer sig i de *regionale* funktioner.

	Redskaber der er bredt kendskab til	Redskaber der ofte inddrages i koordineringen af indsatsen	Redskaber der vurderes at være gode til at koordinere indsatsen
Redskaber med potentiale for tværgående koordinering af den samlede indsats	<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsaftaler • Social handleplan • Udskrivningsaftaler • PSP-samarbejdet • Behandlingsplan for den psykiatriske behandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsplan for den psykiatriske behandling • Udskrivningsaftale • Koordinationsplan • PSP-samarbejdet 	<ul style="list-style-type: none"> • Åben dialog • Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen • PSP-samarbejdet
Redskaber med potentiale for koordinering på tværs af de kommunale funktioner	<ul style="list-style-type: none"> • De sociale rammeaftaler • Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Social handleplan • Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal koordinator • Social handleplan
Redskaber med potentiale for koordinering på tværs af de regionale funktioner	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinationsplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal koordinator • Regional koordinator • Fælles værdigrundlag 	<ul style="list-style-type: none"> • Regional koordinator • Koordinationsplan • Behandlingsplan for den psykiatriske behandling • Udskrivningsaftale

2.3 Koordineringsredskaber med potentiale til at støtte koordineringen af den samlede indsats

På baggrund af analysen af hvilke redskaber, der er kendskab til og inddrages i koordineringsarbejdet samt vurderes positivt har det været muligt at udvælge ni redskaber, der har størst potentiale i forhold til *tværgående koordinering*, og koordinering på tværs i dels de *regionale* og dels *kommunale* funktioner.

En nærmere analyse af de ni redskaber har gjort det muligt at pege på fire koordineringsredskaber, der har potentiale i forhold til at støtte en koordinerende indsats:

- **PSP-samarbejdet**

Som det eneste af de 14 koordineringsredskaber er PSP-samarbejdet placeret højt i forhold til kendskab, inddragelse og vurdering både blandt regionerne og kommunerne. Målgruppen for PSP-samarbejdet er særligt socialt udsatte borgere og primært borgere, hvor der kan være risiko for kriminalitet. Derfor anvendes det også kun i forhold til et begrænset antal borgere. Til gengæld er antallet af funktioner, der inddrager redskabet stort og vurderingerne er generelt meget positive.

Det kan således konstateres, at PSP-samarbejdet tilsyneladende er en samarbejdsform, der har potentiale i forhold til at understøtte en velkoordineret indsats. Der kan derfor tænkes i at udvikle lignende samarbejdsfora for en bredere målgruppe.

- **Behandlingsplanen for misbrugsbehandlingen**

Der er et bredt kendskab til behandlingsplanen for misbrugsbehandlingen på tværs af de kommunale funktioner samt en høj grad af inddragelse. Dette gælder ikke blandt de regionale funktioner, hvor både kendskab og inddragelse er lavt. Til gengæld er vurderingerne meget positive blandt både de regionale og kommunale funktioner, der inddrager det i koordineringsarbejdet.

På baggrund af de positive vurderinger på tværs af regioner og kommuner kan det således konstateres, at behandlingsplanen for misbrug kunne have potentiale som tværgående koordineringsredskab. Det vil dog kræve at kendskabet og inddragelsen blev øget i de regionale funktioner.

- **Den sociale handleplan**

Kendskabet til den sociale handleplan er bredt i både de kommunale og regionale funktioner, mens den primært inddrages og vurderes positivt af kommunerne.

Det kan konstateres, at den sociale handleplan har potentiale som et koordinerende redskab særligt i forhold til de kommunale funktioner. Såfremt det ønskes at have et mere tværgående sigte skal der arbejdes mere systematisk med inddragelsen af alle relevante samarbejdspartnere – herunder de regionale funktioner.

- **Koordinatorer**

Generelt er kendskabet til og inddragelsen af kommunal koordinator og regional koordinator ikke bredt. Ved begge koordinatorer gør det sig gældende, at de anvendes i mest i "eget" system. Dog

markerer de sig begge ved at være meget positivt vurderet som koordineringsredskaber, hvilket endvidere understøttes af de kvalitative data.

Det kan således konstateres, at en koordinatorfunktion kunne være relevant at arbejde videre med i forhold til en styrket koordinerende indsats. Dette med henblik på en tydeligere ansvarsfordeling mellem den regionale og kommunale indsats over for borgere med sindslidelse og misbrug. En koordinatorfunktion kan med fordel anvendes som en måde at understøtte brugen af de øvrige ovenstående redskaber. I dag er koordinatorrollen ikke centralt reguleret, og der er dermed ikke tale om en systematisk brug af koordinatore, men snarere lokale løsninger. På baggrund af de positive vurderinger i undersøgelsen kan der med fordel arbejdes med at lave nationale retningslinjer eller strategi for dette. Yderligere kunne det være interessant at arbejde videre med en tværgående koordinatorfunktion, hvor der blev inddraget øvrige kommunale områder, (såsom beskæftigelse, forsørgelse, bolig, sundhed). Med tanke på, at kommunerne er ansvarlige for en bredere del af indsatsen over for borgerne kunne en sådan rolle forankres kommunalt, men have en tværgående opgave.

2.4 Konklusion

Organisatorisk er indsatsen for borgere med sindslidelse og misbrug meget kompleks, hvilket understreger behovet for koordinering. Der eksisterer mange redskaber til at understøtte den koordinerende indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. I praksis er kendskabet, inddragelsen og vurderingen af redskaberne meget varierende. Ingen af redskaberne anvendes i dag af alle aktører i forhold til en bredere del af målgruppen. Det bør overvejes om de mange planer og redskaber i sig selv er en udfordring for en sammenhængende indsats.

På baggrund af undersøgelsen kan det konkluderes, at et mindre antal af koordineringsredskaberne særligt har potentiale i forhold til en styrket koordineret indsats. Etableringen af PSP-samarbejdet ligner en succes for koordineringen af indsatsen. Måske et lignende samarbejde kan etableres for en bredere målgruppe? Samtidig er den sociale handleplan og behandlingsplan for misbrugsbehandlingen begge koordineringsredskaber, der kan understøtte indsatsen som konkrete værktøjer.

Koordinatorfunktioner vurderes meget positivt, og der peges i det kvalitative data på, at en sådan funktion er med til at styrke en tydeligere opgave- og ansvarsfordeling. Det er således oplagt at styrke arbejdet med koordinatore for indsatsen. Eventuelt gennem tydeligere lovmæssig regulering.

Det er vigtigt at understrege, at undersøgelsen endvidere peger på, at koordineringsredskaber ikke kan stå alene. Blandt andet bør der være et særligt fokus på overgange mellem sektorer – fx når borgeren udskrives til egen bolig. Endvidere opleves et manglende kendskab til hinandens fagområde og handlemuligheder, hvilket med fordel kunne styrkes – og, der peges i den sammenhæng på et behov for at styrke videndelingen mellem aktører. Det understreges ligeledes, at en velfungerende koordinering af indsatsen kræver en tydeligere opgave- og ansvarsfordeling samt tydelige og forpligtende rammer for samarbejdet.

3 Koordineringsredskaber

Helt overordnet tager denne undersøgelse udgangspunkt i koordinering af indsatsen overfor borgere med sindslidelse og misbrug. Med dette tænkes der en samordning af indsatsen på tværs af det sundhedsfaglige område, det socialfaglige område, misbrugsbehandlingen og den psykiatriske indsats¹. Det vil sige, at der sker en samordning i *tid, sted og indhold* mellem involverede aktører på tværs af den regionale og kommunale indsats samt en synliggørelse af målene med indsatsen.

Med koordineringsredskaber menes der redskaber, værktøjer el.lign. der understøtter, at indsatsen samordnes på tværs af aktørerne.

Der er i forbindelse med undersøgelsen udarbejdet en liste over eksisterende koordineringsredskaber på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Listen er blevet udarbejdet af Socialt Udviklingscenter SUS og efterfølgende kvalificeret og uddybet via telefoninterviews med eksperter på området samt møde med repræsentanter fra Socialministeriet, Sundhedsstyrelsen og Region Hovedstadens Psykiatri (jf. metodekapitlet).

Der har været fokus på at inddrage så mange redskaber som muligt med henblik på at opnå et dækkende billede af, hvad der eksisterer samt at have muligheden for at kunne sammenligne brugen af redskaberne. Det vil sige, at de følgende koordineringsredskaber har forskellig karakter. Nogle er en del af den eksisterende lovgivning, andre tager udgangspunkt i, hvordan kontakten til borgeren organiseres.

Redskaberne deles overordnet op i et nationalt niveau, koordinering mellem kommune og region samt koordinering af enkeltsager.

3.1 Koordinering nationalt

3.1.1 Det fælles værdigrundlag

Sundhedsministeriet og Socialministeriets ”Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse” blev offentliggjort i 2005, og beskriver de centrale værdier i den tværsektorielle indsats i forhold til mennesker med sindslidelse. Her fastslås det, at samarbejdet mellem sundhedssektoren og socialektoren skal hvile på respekt, faglighed og omsorg. Der er udelukkende fokus på mennesker med sindslidelse og ikke misbrug, hvorfor værdigrundlaget ikke har direkte sigte på mennesker med dobbeltproblematik, men er relevant da der er fokus på det tværsektorielle samarbejde.

3.2 Koordinering mellem region og kommuner

3.2.1 Sundhedsaftale

En lovpligtig aftale mellem en region og en kommune, som definerer ansvarsområderne mellem dem, således at der sikres sammenhæng i de patientforløb, der går på tværs af region og kommune. I nogle regioner konkretiseres disse aftaler yderligere i samarbejdsaftaler eller lignende.

¹ Der er alene fokus på koordinering mellem misbrug og psykiatri – og, ikke job, øvrig sundhed, forsørgelse, bolig m.m.

3.2.2 De sociale rammeaftaler

Med kommunalreformen blev de sociale rammeaftaler indført som centrale planlægnings- og udviklingsværktøjer for de hidtidige amtslige tilbud. De har til formål at sikre, at der sker den nødvendige koordinering af tilbud inden for rammeaftalernes område, så der er de tilbud, der måtte være behov for, og at disse har den nødvendige kvalitet. Aftalerne indgås årligt mellem kommunerne og regionerne og indeholder aftaler om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud på det sociale område. De sociale rammeaftaler er obligatorisk samarbejde og lovbestemt.

3.2.3 PSP-samarbejdet

Et tværsektorielt samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatrien. Ideen med samarbejdsformen er at skabe et forum, hvor indsatsen overfor særligt udsatte kan koordineres. Der er typisk tale om borgere, der har truende adfærd, er voldsomt udadreagerende, kriminelle el.lign.² I PSP-regi kan lokale myndigheds personer drøfte og aftale løsninger i vanskelige borgersager. Der er både tale om et generelt samarbejdsforum samt et samarbejde om enkeltsager.

3.3 Koordinering af enkeltsager

3.3.1 Kommunal koordinator

En kommunal koordinator er en kommunalt ansat medarbejder med særligt ansvar for at koordinere indsatsen i et konkret borgerforløb. En koordinator kan lette borgerens overgang mellem de forskellige aktører ved at koordinere den støtte og hjælp, som kommunen, psykiatrien og andre myndigheder giver borgeren. En sådan funktion kan hedde forskellige ting: En koordinerende kontaktperson, en case manager, en tovholder eller lignende.

3.3.2 Regional koordinator

En regional koordinator er en regionalt ansat medarbejder med særligt ansvar for at koordinere indsatsen i et konkret borgerforløb. En koordinator kan lette borgerens overgang mellem de forskellige aktører ved at koordinere den støtte og hjælp, som psykiatrien, kommunen og andre myndigheder giver borgeren. En sådan funktion kan hedde forskellige ting: En case manager, en forløbskoordinator eller lignende.

3.3.3 Social handleplan (SEL § 141)

Redskab der benyttes i den sociale indsats, som skal indkredse de kort- og langsigtede mål for borgeren, og hvilken indsats der skal til, for at borgeren kan nå målene. Der kan være operationelt underniveau til handleplanen. Det kan eksempelvis være pædagogiske planer, samarbejdsaftaler m.v. I undersøgelsen er der udelukkende spurgt ind til den sociale handleplan.

² "PSP. Et tværsektorielt samarbejde mellem politi, myndigheder og psykiatri – inspiration til organiseringen.", KL og Danske Regioner

3.3.4 Behandlingsplan (psykiatriloven, § 3 stk. 3)

Alle mennesker som indlægges på en psykiatrisk afdeling får udarbejdet en behandlingsplan jf. psykiatriloven. Behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten, som skal have udleveret en kopi. Af behandlingsplanen fremgår målet med indlæggelsen, hvilke undersøgelser og behandlinger der er påtænkt. Desuden indgår en vurdering af behovet for sociale tiltag, patientens holdning til planen og tidspunkt for opfølgning.

3.3.5 Udskrivningsaftale (psykiatriloven § 13a)

I forbindelse med udskrivning af en patient, som må antages ikke selv at opsøge den nødvendige behandling og støtte efter udskrivning, skal der jf. psykiatriloven indgås en udskrivningsaftale. Denne aftale indgås mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl.

3.3.6 Koordinationsplan (psykiatriloven § 13b)

Hvis en patient ikke vil medvirke til at udarbejde en udskrivningsaftale, skal den psykiatriske afdeling i stedet udarbejde en koordinationsplan. De nødvendige samarbejdsparter må gerne kontaktes og informeres om patientens tilstand og behov – uden patientens samtykke. Målgruppen for koordinationsplan er mennesker med svær sindslidelse, misbrugsproblemer og/eller store sociale udfordringer, som er vanskelige at fastholde i en nødvendig behandling efter udskrivning.

3.3.7 Udskrivningsguide (udskrevet.dk)

En guide, der er skrevet til borgere, der skal udskrives fra psykiatrisk afdeling. Her kan borgere finde råd om, hvad der er vigtigt at være opmærksom på før og efter udskrivelse samt vigtige kontaktoplysninger. Udskrivningsguiden er udgivet i samarbejde mellem Tidsskriftet Outsideren, Fællesrådet for bruger- og pårørendeforeninger i Region Hovedstaden og Region Hovedstadens Psykiatri.

3.3.8 Behandlingsplan ift. misbrugsbehandling

Hvis en borger indskrives i et behandlingsforløb for sit stofmisbrug, skal en behandlingsplan udarbejdes. Behandlingsplanen koordineres med den sociale handleplan, så en sammenhængende og helhedsorienteret indsats sikres.

3.3.9 Rehabiliteringsplan

Flere kommuner er begyndt at arbejde med rehabiliteringsplaner på det psykosociale område. Rehabiliteringsplanen skal sikre et helhedsorienteret psykosocialt rehabiliteringsforløb, hvor borgeren løbende inddrages.

3.3.10 Åben dialog

I Åben Dialog - der er en specifik metode anvendt i psykiatrien - inviteres borgeren og netværket til at deltage i en netværkssamtale sammen med et tværfagligt team af professionelle – eksempelvis socialrådgiver, sygeplejerske, psykiater eller psykolog. De professionelle kan komme fra såvel sygehus- som kommuneregion.

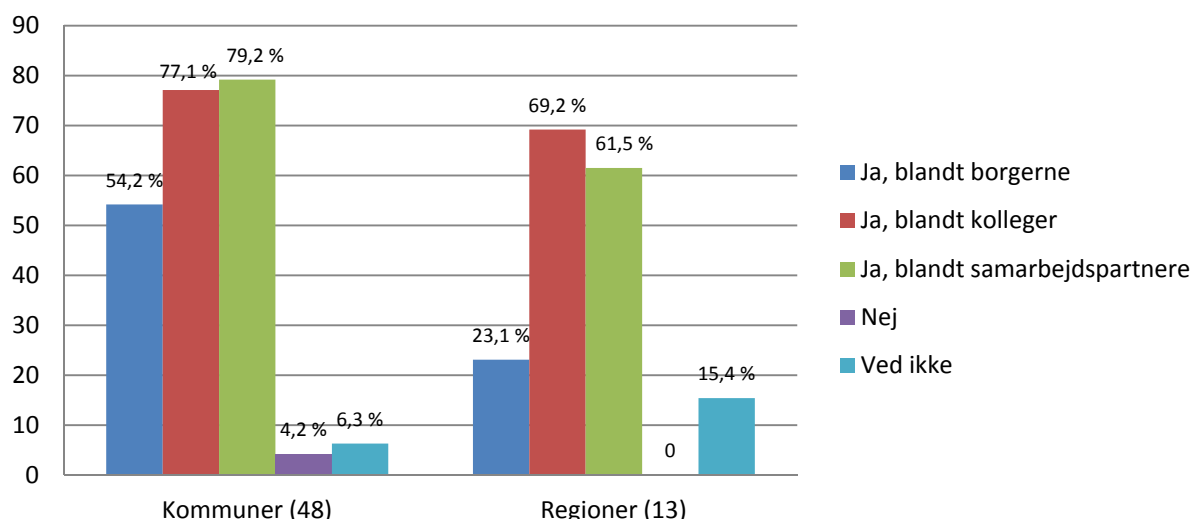
4 Behov og fokus

En underliggende antagelse for denne undersøgelse er, at der i kommuner og regioner er behov for at styrke koordineringen og samarbejdet på tværs af indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Men hvordan oplever kommuner og psykiatriske centre det og hvor stort fokus oplever de at have på koordinering? Dette vil der blive set nærmere på i det følgende kapitel med udgangspunkt i besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen.

4.1 Behov for at arbejde med koordineringsredskaber

Som illustreret i nedenstående figur vurderer både kommuner og regioner at have et behov for at arbejde med koordineringsredskaber. Det er kun 4 % af kommunerne - og slet ingen af de regionale psykiatriske centre - der ikke oplever et behov. Der er til gengæld markant forskel på antallet af "ved ikke"-besvarelser, hvor regionerne i langt højere grad end kommunerne vælger denne svarmulighed.

Oplever kommuner og regioner et reelt behov for at arbejde med koordineringsredskaber?

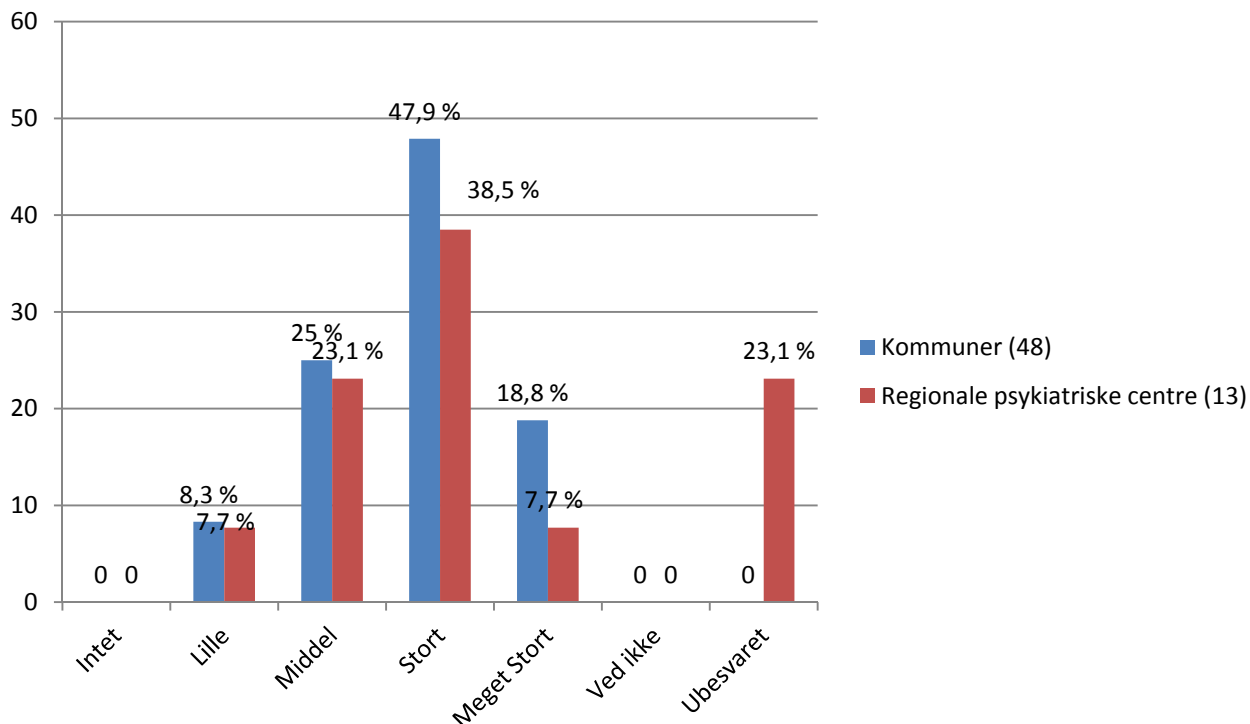


Kommunerne svarer i højere grad, at de har behov for koordineringsredskaber end regionerne. Særligt er der forskel på vurderingen af borgernes behov, hvor der i kommunerne opleves et langt større behov sammenlignet med de psykiatriske centre. Mens kommunerne lidt oftere oplever behovet hos samarbejdspartnere (deriblandt de psykiatriske centre), oplever de psykiatriske centre lidt oftere behovet blandt kolleger. Der er dog ikke tale om markante forskelle. For begge sektorer gælder, at det oplevede behov blandt henholdsvis samarbejdspartnere og kollegaer er stort set det samme. Behovet isoleres således ikke til kun at eksistere enten i eget regi eller hos "de andre", men opleves som et behov både internt i sektoren og på tværs af sektorer.

Kommunerne har generelt et større ansvar for en bredere del af borgerens kontakt til det offentlige system. Dermed har kommunerne ligeledes et større kendskab og berøringsflade til flere indsatsområder, hvilket kan forklare fordelingen af det oplevede behov hos henholdsvis kommuner og regioner.

4.2 Fokus på koordinering

Der opleves således overordnet et behov for at arbejde med koordineringsredskaber. I forlængelse af dette vil der blive set på, hvor stort fokus kommuner og regioner oplever at have på koordinering.



Overordnet set er kommuner og regioner enige i, at der de fleste steder allerede *har* et stort fokus på koordinering.³

Der er ikke den store forskel på koordineringsfokus kommuner og regioner imellem; men kommunerne vurderer overordnet set at have et lidt større fokus på koordinering end de regionale psykiatriske centre. Særligt er der forskel på andelen, der har svaret at der meget stort fokus. Der er dog også en hel del psykiatriske centre, der slet ikke har besvaret spørgsmålet, mens alle deltagende kommuner har besvaret det.

Helt overordnet oplever både kommuner og regioner således, at der generelt er et stort fokus på koordinering, mens der samtidig opleves et behov for at arbejde med koordineringsredskaber. Dette kan sagtens hænge sammen således, at et stort fokus medfører opmærksomhed på behovet for at have redskaber.

³ Hverken kommunernes størrelse, regionstilknytningen eller forekomsten af specialiserede tilbud i kommunen målrettet borgere med sindslidelse og misbrug har signifikant betydning for, hvor stort fokus kommunerne har på koordinering. Heller ikke i regionerne har forekomsten af specialiserede tilbud nogen signifikant betydning for fokus på koordinering.

5 Organisering af indsatsen i regioner og kommuner

Indsatsen for borgere med sindslidelse og misbrug er organisatorisk kompleks. Ifølge lovgivningen har regionerne ansvaret for den psykiatriske behandling, mens kommunerne har ansvaret for at tilbyde misbrugsbehandling og social støtte. Inden for hvert af de to myndighedsniveauer (region og kommune) er indsatsen yderligere differentieret. Forskellige dele af målgruppen modtager ydelser, behandling og støtte fra forskellige afsnit, afdelinger, teams og kontorer til forskellige tider med forskelligt formål.

Selve organiseringen af indsatsen varierer i høj grad kommune og region imellem samt fra kommune til kommune og region til region. Der har derfor i tilrettelæggelsen af undersøgelsen og udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelsen været stort fokus på at få identificeret de forskellige organiseringsformer, for at sikre, at alle relevante aktører inddrages i undersøgelsen.

I dette kapitel præsenteres hvordan denne kompleksitet er grebet an i undersøgelsen og hvad undersøgelsen kan sige om organiseringen i henholdsvis region og kommune.

Som antydnet ovenfor, er der i regioner og kommuner mange forskellige betegnelser for afdelinger, forvaltninger, områder, funktioner, centre med videre. I denne rapport anvendes betegnelsen 'funktion' om de forskellige organisatoriske enheder på tværs af kommuner og regioner, der er blevet bedt om at deltage. I hver kommune og hvert psykiatriske center (i enkelte tilfælde for hele regionen), er der blevet udpeget en kontaktperson, som har fordelt spørgeskemaer til de relevante organisatoriske enheder (funktioner). Således er de forskellige funktioner blevet bedt om at besvare hver 'deres del' af spørgeskemaet.

5.1 Regionernes organisering i forhold til borgere med sindslidelse og misbrug

5.1.1 Opdeling i psykiatriske centre

Regionernes indsats overfor borgere med sindslidelse og misbrug er organiseret i en række psykiatriske centre, som typisk er knyttet til hver deres sygehus eller hospital. De fem regioner har tilsammen 32 psykiatriske centre som alle har fået tilsendt spørgeskemaet til besvarelse. 13 centre (40,6 %) er helt eller delvist repræsenterede i undersøgelsen (Jf. bilag 2).

En enkelt region har udfyldt én besvarelse for regionen, men ellers er der modtaget besvarelser fra de enkelte psykiatriske centre. Nogle steder er det kun enkelte funktioner såsom ambulatoriet og distriktpsychiatrien, der repræsenterer et helt psykiatrisk center. Samtidig er ikke én region repræsenteret i undersøgelsen med samtlige psykiatriske centre.

5.1.2 De psykiatriske centres opdeling i funktioner

Som nævnt er de psykiatriske centre forskelligt organiseret og har forskellige funktioner tilknyttet. Spørgeskemaet er opbygget, så det for hvert psykiatriske center har været muligt at indsamle data fra følgende funktioner:

- Sengeafsnit
- Distriktpsychiatri
- Ambulatorium
- Udgående team

- Specialiserede tilbud målrettet borgere med misbrug og sindslidelse

De psykiatriske centre er blevet bedt om at indsamle oplysninger fra samtlige af de funktioner, der er tilknyttet det pågældende center. Det er for eksempel ikke alle, der har specialiserede tilbud målrettet dobbeltproblematik eller ambulatorier, mens alle har sengeafsnit.

De største forskelle mellem de psykiatriske centre findes ved de specialiserede tilbud rettet mod borgere med både sindslidelse og misbrug, hvor kun halvdelen af centrene har sådanne tilbud. Her har Region Sjælland og Region Midtjylland hver især et psykiatrisk center uden et specialiseret tilbud, men samtidig henholdsvis et og to andre centre med specialiserede tilbud. Kun Region Syddanmark svarer, at samtlige fire deltagende psykiatriske centre ikke har noget specialiseret tilbud. Analysen viser desuden, at det især er de psykiatriske centre med et stort og meget stort fokus på koordinering, der har et specialiseret tilbud målrettet dobbeltproblematik.

12 deltagende centre har distriktpsychiatri tilknyttet.

Hvad angår ambulatorierne, så har ni ud af 13 centre sådanne tilknyttet. De fire centre uden ambulatorier er fordelt på fire forskellige regioner.

Næsten alle centre (på nær to) har ligeledes udgående team tilknyttet. De to centre *uden* udgående team kommer fra henholdsvis Region Sjælland og Region Syddanmark, der dog også har centre med i undersøgelsen *med* udgående team.

Nedenstående figur giver et overblik over, hvor mange af de 13 psykiatriske centre har de forskellige funktioner tilknyttet.⁴

Funktion	Antal psykiatriske centre med funktionen tilknyttet
Sengeafsnit	13
Specialiserede tilbud til borgere med sindslidelse og misbrug	6
Distriktpsychiatri	12
Ambulatorium	9
Udgående team	11

Der er således indsamlet data sæt fra 51 funktioner fordelt på 13 psykiatriske centre. Det betyder, at der i gennemsnit er tilknyttet 3,9 funktioner til et psykiatrisk center.

⁴ Der er to af besvarelserne, hvor det ikke fremgår hvorvidt der er tilknyttet distriktpsychiatri og specialiseret tilbud.

Tallene er blevet krydset i statistikprogrammet for at se, om der eventuelt er tale om nogle psykiatriske centre med alle funktioner og andre med kun få. Men det er ikke tilfældet – antallet af funktioner er relativt jævnt fordelt.

5.2 Kommunernes organisering i forhold til borgere med sindslidelse og misbrug

Hvad angår kommunerne, så er der straks mange flere muligheder udi organiseringen, hvilket også stemmer overens med, at der ligger flere typer af indsatser for borgere med sindslidelse og misbrug i kommunalt regi. Der skal spørges til såvel den sociale støtte, der kan gives på baggrund af sindslidelsen, som til misbrugsindsatsen – både på myndighedsniveau og på leverandørniveau. Misbrugsindsatsen kan være opdelt i såvel alkohol- og stofindsats som i leverandør- og myndighedsopgaver. Endvidere kan kommunerne have specialiserede tilbud til netop mennesker med dobbeltproblematik.

I spørgeskemaerne til kommunerne er blevet spurgt ind til syv forskellige funktioner:

- Specialiserede tilbud målrettet borgere med sindslidelse og misbrug
- Alkoholbehandling på leverandørniveau
(organisatoriske enheder, der alene beskæftiger sig med alkoholbehandling på leverandør niveau)
- Alkoholbehandling på myndighedsniveau
(organisatoriske enheder der alene beskæftiger sig med alkoholbehandling på myndighedsniveau og eventuelt også leverandørniveau)
- Stofmisbrugsbehandling på myndighedsniveau
(organisatoriske enheder der beskæftiger sig med stofmisbrugsbehandling og eventuelt alkoholbehandling på myndighedsniveau og eventuelt på leverandørniveau)
- Stofmisbrugsbehandling på leverandørniveau
(organisatoriske enheder der beskæftiger sig med stofmisbrugsbehandling og eventuelt alkoholbehandling på alene på leverandørniveau)
- Social sagsbehandling på myndighedsniveau
- Sociale tilbud på leverandørniveau
(det der i mange kommuner benævnes socialpsykiatri, og omfatter for eksempel levering af ydelser efter Lov om Social Service §§ 85, 99, 107, 108)

Varetagelsen af de syv funktioner varierer fra kommune til kommune og flere af funktionerne kan være sammenfaldende. For eksempel kan social sagsbehandling og myndighedsopgaven på stofmisbrugsbehandlingsområdet varetages af samme enhed. Såfremt dette er tilfældet, har der kun været indhentet en besvarelse for de to funktioner.

Samtlige kommuner er blevet bedt om at udfylde afsnittene om social sagsbehandling og sociale tilbud til mennesker med sindslidelse, da alle kommuner har sådanne afdelinger.

Nedenstående oversigt viser hvor mange kommuner, der har udfyldt besvarelser for de forskellige funktioner

Funktion	Antal kommuner med besvarelser fra funktionen
Sociale tilbud til mennesker med sindslidelser (socialpsykiatri)	48
Social sagsbehandling	48
Stofmisbrugsbehandling - myndighed	27
Stofmisbrugsbehandling - leverandør	12
Alkoholbehandling - myndighed	7
Alkoholbehandling - leverandør	3
Specialiserede tilbud	15

Der er indsamlet besvarelser fra 160 funktioner fordelt på 48 kommuner. Det vil sige, at der i hver kommune i gennemsnit er besvarelser fra 3,3 funktioner, som leverer støtte og ydelser til borgere med sindslidelse og misbrug.

I den praktiske hverdag vil og bør andre områder som beskæftigelsesområdet også inddrages i indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug, men de deltager ikke i undersøgelsen her. Der er afgrænset fra dette og andre områder af hensyn til undersøgelsens kompleksitet.

Forekomsten af specialiserede tilbud til borgere med sindslidelse og misbrug

16 af de 48 deltagende kommuner (31 %) har et specialiseret tilbud til borgere med dobbeltproblematik.

Sammenhængen mellem forekomsten af specialiserede tilbud og kommunernes regionstilknytning er *ikke* signifikant. Det vil sige, at forekomsten af specialiserede tilbud i kommunerne ikke afhænger af, hvilke regioner de er knyttet til. Sammenhængen mellem kommunestørrelsen og forekomsten af specialiserede tilbud er heller ikke signifikant; ligesom hverken kommunernes behov for at arbejde med koordineringsredskaber eller fokus på koordinering har betydning for de specialiserede tilbud.

5.2.1 Organisering af misbrugsbehandlingen

Særligt organiseringen af misbrugsbehandlingen er kompleks. Nedenstående tabel giver et overblik over, hvor forskelligt kommunerne organiserer misbrugsbehandlingen:

	Antal kommuner ud af 48	Andel i procent
Kommuner, der udelukkende anvender ekstern leverandør	11	23
På stofområdet	13	27
På alkoholområdet	12	25

Kommuner der anvender egne leverandører	37	77
Antal kommuner, der anvender kommunale leverandører, der alene arbejder med stofområdet	10	21
Antal kommuner, der anvender kommunale leverandører, der alene arbejder med alkoholområdet	11	23
Antal kommuner, der anvender kommunale leverandører, der arbejder med både stof- og alkoholområdet	24	50
Myndighedsopgaverne omkring stofmisbrug		
Myndighedsopgaverne varetages i selvstændig misbrugsenhed	27	56
Antal selvstændige enheder der alene varetager myndighedsopgaver	6	13
Myndighedsopgaverne varetages i den generelle socialforvaltning	21	44
Myndighedsopgaverne omkring alkohol		
Myndighedsopgaverne varetages i selvstændig misbrugsenhed	27	56
Antal selvstændige enheder der alene varetager myndighedsopgaver	4	8
Myndighedsopgaverne varetages i den generelle socialforvaltning	21	44

Cirka ¼ af kommunerne anvender egne leverandører og i halvdelen af kommunerne arbejder disse leverandører med både alkohol- og stofmisbrug. Her er samtidig en stærk signifikant sammenhæng med kommunernes størrelse: Mens 91 % af de mellemstore og store kommuner har sin egen stof- eller alkoholbehandling på leverandørniveau, kan kun 43 % af de små kommuner sige det samme.

Omkring en fjerdedel af kommunerne har ikke egne leverandører på området. Det betyder, at de i stedet anvender private, selvejende eller andre offentlige aktører som leverandører. For at få det fulde billede af koordineringsudfordringerne ville det havde været en fordel, at inddrage disse leverandører i undersøgelsen. Det har dog inden for de givne rammer ikke været muligt.

I lidt mere end halvdelen af alle kommuner varetages myndighedsopgaverne på såvel stofmisbrugs- som alkoholmisbrugsområdet i selvstændige organisatoriske enheder. I en mindre del af disse kommuner varetages dette af enheder, der alene varetager myndighedsopgaver på misbrugsområdet.

Når vi ser på de konkrete organiseringer af området kommune for kommune bliver kompleksiteten meget tydelig. Der er således, blandt de 48 kommuner, der har besvaret spørgeskemaet, 14 unikke organiseringer af misbrugsbehandlingsindsatsen. Disse organiseringsformer fremgår af nedenstående skema.

Konkrete organiseringsformer	Antal kommuner ud af 48	Andel i procent
Egen samlet myndigheds- og leverandørenhed, for både stof- og alkoholbehandling	16	33
Ingen leverandørenhed, og myndighedsopgaven varetages af den afdeling, der varetager den sociale sagsbehandling.	9	19
Egen samlet leverandørenhed, for både stof- og alkoholbehandling, hvor myndighedsopgaven varetages af den afdeling, der varetager den sociale sagsbehandling.	9 (undtagen en kommune, hvor leverandørenheden kun varetager stofmisbrugsbehandling)	19
Har egen alkoholbehandling, der varetager både myndigheds- og leverandøropgaver og egen stofmisbrugsbehandling, der varetager både myndigheds- og leverandøropgaver.	6 (undtagen en kommune, hvor myndighedsopgaven for stofmisbrugsbehandlingen varetages af den afdeling, der varetager den sociale sagsbehandling)	13
Har egen stofmisbrugsbehandling, hvor myndighedsfunktion og leverandørfunktion er delt i selvstændige enheder. Ingen alkoholbehandling.	1	2
Har egen stofbehandling og egen alkoholbehandling, hvor myndighedsfunktion og leverandørfunktion er delt og varetages i selvstændige enheder.	1	2
Egen alkoholbehandling, hvor myndighedsopgaven varetages af den afdeling, der har den sociale sagsbehandling. Egen stofmisbrugsbehandling, hvor myndigheds- og leverandøropgaven er delt i selvstændige enheder.	1	2
Har ingen leverandørfunktioner på hverken alkohol- eller stofmisbrugsområdet. Myndighedsfunktionerne varetages i to selvstændige enheder.	1	2
Har egen alkoholbehandling, men ingen stofbehandlingsleverandør. Myndighedsopgaver for begge områder varetages af selvstændig enhed.	1	2
Har egen alkoholbehandling, men ingen stofbehandlingsleverandør. Myndighedsopgaver for begge områder varetages af den afdeling, der	1	2

har den sociale sagsbehandling.		
Har ingen leverandørfunktioner på hverken alkohol- eller stofmisbrugsområdet, men myndighedsopgaven for begge områder varetages i samme selvstændige enhed.	1	2
Har egen leverandør på stofmisbrugsområdet og egen leverandør på alkoholmisbrugsområdet. Myndighedsfunktionen varetages af den afdeling, der har den sociale sagsbehandling.	1	2

Af skemaet fremgår det, at en tredjedel af kommunerne har samme organisering, hvor misbrugsbehandlingen er samlet i en enhed, der både har myndigheds- og leverandøropgaver.

Ca. en femtedel af kommunerne har ingen leverandører, og myndighedsopgaven varetages af den afdeling, der har den sociale sagsbehandling.

For en anden femtedel af kommunerne gælder det, at de har en egen stof- og alkoholmisbrugsbehandlingsleverandør og at myndighedsopgaven varetages af den afdeling, der har den sociale sagsbehandling.

I cirka hver ottende kommune er alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen delt i to forskellige enheder. En der varetager såvel leverandør- som myndighedsopgaver for alkoholmisbrugsbehandling, og en der varetager leverandør- og myndighedsopgaven for stofmisbrugsbehandlingen.

De resterende ca. 16 % af kommunerne har alle unikke organiseringer, med varierende placering af leverandør- og myndighedsopgaverne på de to misbrugsområder.

Det er klart, at den meget store variation og kompleksitet i fordelingen af opgaver i forbindelse med misbrugsbehandling, betyder, at der er et stort behov for at indsatsen koordineres.

6 Sådan benyttes og vurderes koordineringsredskaberne

Der er i undersøgelsen fokus på 14 koordineringsredskaber, der skal støtte en sammenhængende indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug. I dette kapitel vil der blive set nærmere på kendskabet til, anvendelsen af og vurderingen af redskaberne. Dette gøres med henblik på at drøfte de enkelte redskabers potentiale som velfungerende koordineringsredskaber. Både med henblik på at blive klogere på det enkelte redskab og mere generelt på, hvordan koordineringen støttes bedst muligt i fremtiden. Denne drøftelse tager udgangspunkt i følgende tre spørgsmål:

1. I hvor høj grad er redskaberne kendte?

Drøftelsen baserer sig på en antagelse om, at jo flere funktioner i såvel kommuner som regioner, der kender til et redskab, jo større er potentialet for, at redskabet kan anvendes til at koordinere den tværgående indsats.

Eksempel fra spørgeskemaet:

	Ja	Nej	Ved ikke
Har I hørt om PSP-samarbejdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. I hvor høj grad inddrages redskaberne i koordineringsarbejdet?

Når det er konstateret, hvor mange der kender redskaberne, er det relevant at se på hvor mange, der faktisk anvender dem i forhold til at koordinere indsatsen overfor borgere med sindslidelse og misbrug. Her tager drøftelsen igen udgangspunkt i en antagelse om, at jo flere relevante funktioner, der anvender et givent redskab i relevante tilfælde, jo større er potentialet for at redskabet kan anvendes til at koordinere på tværs.

Eksempel fra spørgeskemaet:

Inddrages redskabet i jeres arbejde med koordinering af indsatsen for borgere med sindslidelse og misbrug?

Nej	<input type="checkbox"/>
Meget sjældent	<input type="checkbox"/>
For mindre end halvdelen af borgerne	<input type="checkbox"/>
For mere end halvdelen af borgerne	<input type="checkbox"/>
For næsten alle borgere	<input type="checkbox"/>
For alle borgere	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

3. Hvordan vurderes redskaberne - som koordineringsredskaber?

For de redskaber, der er kendt og anvendt, er det relevant at se nærmere på, hvordan redskaberne vurderes i forhold til at støtte koordinering af indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Igen er antagelsen, at jo bedre et redskab vurderes, jo større er potentialet for at redskabet kan bidrage positivt til den tværgående koordinering af indsatsen.

Først ses der overordnet på, hvor mange af redskaberne der er forholdsvis bredt kendt, anvendt og godt vurderet regionerne og kommunerne imellem. Derefter vælges de mest kendte, anvendte og bedst vurderede redskaber ud til en mere detaljeret analyse (i næste kapitel) – blandt andet i forhold til hvilke kommunale og regionale funktioner, der har svaret hvad.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er blevet præsenteret for en række eksperter på området (se metodeafsnittet). De kvalitative kommentarer til de enkelte redskaber fra disse eksperter og fra spørgeskemaerne inddrages også i analysen.

Eksempel fra spørgeskemaet:

Hvor godt fungerer redskabet til at koordinere den samlede indsats for borgere med sindslidelse og misbrug?

- Slet ikke
- Mindre godt
- Middel
- Godt
- Meget godt
- Ved ikke

6.1 Kendskabet til koordineringsredskaberne

Nedenfor ses en oversigt over kendskabet til redskaberne i henholdsvis kommunerne og regionerne. Tallene viser, hvor mange funktioner i hver enkelt kommune og region der gennemsnitligt har hørt om de forskellige redskaber. Desuden fremgår det af tabellerne, hvor mange funktioner der gennemsnitligt har hørt om et vilkårligt redskab – dvs. et billede af det overordnede kendskab til redskaberne. Tallene viser sammenlagt nogle *mønstre* for kendskabet til redskaberne i og på tværs af regioner og kommuner. Der vil i næste kapitel blive gået mere i dybden med besvarelserne for de bedst kendte, mest anvendte og bedst vurderede redskaber.

KOMMUNERNES KENSKAB TIL REDSKABERNE		REGIONERNES KENSKAB TIL REDSKABERNE	
Koordineringsredskab	Antal funktioner (gennemsnitligt) der har kendskab til redskabet (ud af 3,3 funktioner i gennemsnit i hver kommune)	Koordineringsredskab	Antal funktioner (gennemsnitligt) der har kendskab til redskabet (ud af 3,9 funktioner i gennemsnit i hver region)
Sundhedsaftale	3,3	Udskrivningsaftale	3,9
Social handleplan	3,3	Koordinationsplan	3,9
PSP-samarbejde	3,1	Sundhedsaftale	3,9
Udskrivningsaftale	3,0	Behandlingsplan psykiatri	3,9
Sociale rammeaftaler	3,0	PSP-samarbejde	3,5
Behandlingsplan misbrug	3,0	Social handleplan	3,1

Behandlingsplan psykiatri	2,9	Fælles værdigrundlag	2,9
Fælles værdigrundlag	2,6	Åben Dialog	2,7
Åben Dialog	2,2	Kommunal koordinator	2,3
Kommunal Koordinator	2,2	Regional koordinator	1,9
Koordinationsplan	2,1	Rehabiliteringsplan	1,9
Rehabiliteringsplan	1,8	Sociale rammeaftaler	1,5
Regional Koordinator	0,7	Behandlingsplan misbrug	1,4
Udskrivningsguide	0,7	Udskrivningsguide	0,9
<i>Gennemsnitligt antal funktioner, der har kendskab til et givent redskab</i>	<i>2,4</i>	<i>Gennemsnitligt antal funktioner, der har kendskab til et givent redskab</i>	<i>2,7</i>

6.1.1 Kendskabet i kommunerne

Der er i gennemsnit 2,4 kommunale funktioner, der svarer, at de har hørt om et givent redskab, ud af gennemsnitligt 3,3 funktioner i hver kommune (se forrige kapitel). Det svarer til 73 % af de kommunale funktioner. De kommunale funktioner har størst kendskab til sundhedsaftalen, den sociale handleplan og PSP-samarbejdet. Sundhedsaftalen og den sociale handleplan kendes af *alle* funktioner. Men også udskrivningsaftalen, de sociale rammeaftaler og behandlingsplanerne for misbrug og psykiatri er bedre kendte end gennemsnittet blandt de kommunale funktioner. I modsætning til dette står kendskabet til udskrivningsguiden og den regionale koordinator, der, ikke overraskende, ikke er særlig stort i kommunerne.

6.1.2 Kendskabet i regionerne

Der er gennemsnitligt 2,7 ud af de 3,9 regionale funktioner, der har kendskab til et givent redskab, hvilket svarer til 69 %. Det vil sige, at redskaberne er lidt mindre kendte på tværs i de regionale psykiatriske centre end i de kommunale funktioner. Af oversigten fremgår det, at udskrivningsaftalen, koordinationsplanen, sundhedsaftalen og behandlingsplan for den psykiatriske behandling er kendt af alle funktioner i de regionale psykiatriske centre. Samtidig har mere end gennemsnittet hørt om PSP-samarbejdet, den sociale handleplan og det fælles værdigrundlag. Til gengæld er der ligesom hos kommunerne næsten ingen funktioner, der har hørt om udskrivningsguiden.

6.1.3 Tværgående

Det er værd at bemærke, at der ikke er en stringent sammenhæng mellem hvilke redskaber, der er kendskab til, og om de udspringer fra henholdsvis kommunerne eller regionerne. Fx er det ikke overraskende, at den sociale handleplan topper på kommunelisten, da den lovgivningsmæssigt knytter sig til den kommunale sociale sagsbehandling, men samtidig er udskrivningsaftalen (som udspringer fra de psykiatriske sengeafdelinger) også meget kendt i kommunerne. Ligeledes er den sociale handleplan godt kendt i regionerne. Dette er interessant i forhold til det første analysespørgsmål (jf. kapitlets indledning), da det indikerer, at der er bredt kendskab til nogle af redskaberne – også på tværs af region og kommune.

En anden væsentlig bemærkning er, at der er stort sammenfald mellem hvilke redskaber, der er kendte i både kommuner og regioner. Hvis der ses på de syv mest kendte redskaber, er der sammenfald mellem fem af de syv redskaber. I kommunerne er der et bredt kendskab til de sociale rammeaftaler og til den behandlingsplan, der skal udformes i forbindelse med en eventuel misbrugsbehandling, uden at disse redskaber er bredt kendt i de psykiatriske centre. Omvendt er koordinationsplanen bredt kendt i de psykiatriske centre, uden at der er særligt kendskab til denne i kommunerne.

6.1.4 Sammenfatning

Vi kan således konstatere, at følgende redskaber – hvis vi ser snævert på udbredelsen af kendskabet til redskaberne - har det største potentiale for at støtte en *tværgående* koordinering:

- Sundhedsaftaler (som alle funktioner har hørt om)
- Social handleplan (§ 141) (som 95 % af alle funktioner har hørt om)
- Udskrivningsaftaler (som 94 % af alle funktioner har hørt om)
- PSP-samarbejdet (som 93 % af alle funktioner har hørt om)
- Behandlingsplan for den psykiatriske behandling (som 90 % af alle funktioner har hørt om)

På det kommunale område har følgende redskaber endvidere potentiale i forhold til at koordinere på tværs af de *kommunale* funktioner:

- De sociale rammeaftaler (som 90 % af de kommunale funktioner har hørt om)
- Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen (som 90 % af de kommunale funktioner har hørt om)

For de psykiatriske centre kan listen suppleres med følgende redskab, der har potentiale i forhold til at koordinere indsatsen på tværs af *de psykiatriske centres* funktioner:

- Koordinationsplan (som alle regionale funktioner har hørt om)

Bemærk, at ovenstående vurdering alene er lavet på baggrund af *kendskabet* til de enkelte redskaber.

6.2 Inddragelse af redskaberne i koordineringsarbejdet

I forlængelse af at have set på, hvilke redskaber henholdsvis kommunerne og de psykiatriske centre i regionerne har kendskab til, vil der i det følgende blive set på, hvilke redskaber der *inddrages* i arbejdet med at koordinere indsatsen for borgere med sindslidelse og misbrug. For de mere generelle redskaber (Det fælles værdigrundlag, Sundhedsaftalerne, De sociale rammeaftaler og PSP-samarbejdet) er der blevet spurgt til, *om* redskaberne inddrages. For de øvrige redskaber, der alene er rettet mod koordinering af enkeltsager, er der blevet spurgt til såvel, *om* redskabet inddrages som til, *i hvilken grad* redskabet inddrages. I behandlingen af svarene i dette afsnit ses der alene på, *om* de enkelte redskaber inddrages – og altså ikke på *hvor meget* det enkelte redskab inddrages.

Oversigterne nedenfor viser - for henholdsvis kommuner og regioner - antallet af funktioner, der inddrager de enkelte redskaber (venstre kolonne) og hvor stor en andel af de funktioner, der kender redskaberne, der også anvender dem (højre kolonne).

6.2.1 Kommunernes inddragelse af redskaberne

I gennemsnit anvendes redskaberne af 1,9 funktioner i kommunerne, mens de anvendes af 77 % af de funktioner, der har kendskab til redskaberne.

Ikke overraskende viser oversigterne nedenfor, at der er en stor sammenhæng mellem, hvilke redskaber der er kendskab til, og hvilke der inddrages i koordineringsarbejdet. Som illustreret i nedenstående tabel for kommunerne ligger den sociale handleplan, behandlingsplan for misbrugsbehandling, PSP-samarbejdet, sundhedsaftalen, udskrivningsaftalen og den psykiatriske behandlingsplan i toppen over, hvilke redskaber der inddrages - ligesom de gjorde ved kendskabet til redskaberne. Dog adskiller de sociale rammeaftaler sig ved, at de anvendes i væsentlig mindre grad, end de kendes.

Hvis vi kigger på hvor stor en del af de kendte redskaber, der inddrages i koordineringsarbejdet (se højre side af tabellen), er der et par forhold at bemærke. Som det fremgår, anvendes den sociale handleplan, behandlingsplanerne for misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling, PSP-samarbejdet, udskrivningsaftalen og koordinationsplanen i høj grad af dem, der kender til disse redskaber. Her skal særligt bemærkes, at behandlingsplan psykiatri "rykker op ad listen", og at koordinationsplanen, selv om den kun kendes af gennemsnitligt 2,1 funktioner i kommunerne, anvendes af 1,8 funktioner (86 % af dem, der kender til den). Omvendt rykker de sociale rammeaftaler og sundhedsaftalerne ned ad listen. Det vil sige, der er langt flere kommunale funktioner, der kender disse redskaber end funktioner, som anvender dem i koordineringsarbejdet. Dette gælder i særlig grad for udskrivningsguiden, rehabiliteringsplanen og den regionale koordinator, der alle anvendes af mindre end halvdelen af de funktioner, der kender redskaberne.

KOMMUNERNES INDDRAGELSE AF REDSKABERNE

Koordineringsredskab	Antal funktioner (gennemsnitligt) der anvender redskabet	Koordineringsredskab	Andel funktioner, der anvender de redskaber, de kender
Social handleplan	3,2	Social handleplan	97 %
Behandlingsplan misbrug	2,7	Behandlingsplan misbrug	90 %
PSP-samarbejde	2,7	Behandlingsplan psykiatri	88 %
Sundhedsaftale	2,6	PSP-samarbejdet	87 %
Udskrivningsaftale	2,6	Udskrivningsaftale	87 %
Behandlingsplan psykiatri	2,5	Koordinationsplan	86 %
Fælles værdigrundlag	2,0	Sundhedsaftale	79 %
Koordinationsplan	1,8	Det fælles værdigrundlag	76 %
Sociale rammeaftaler	1,7	Kommunal koordinator	73 %
Kommunal Koordinator	1,6	Åben dialog	59 %
Åben Dialog	1,3	Sociale rammeaftaler	58 %

Rehabiliteringsplan	0,9	Regional koordinator	49 %
Regional koordinator	0,4	Rehabiliteringsplan	47 %
Udskrivningsguide	0,2	Udskrivningsguide	31 %
<i>Gennemsnit</i>	<i>1,9</i>		<i>77 %</i>

6.2.2 Regionernes inddragelse af redskaberne

I gennemsnit inddrages redskaberne af 2,1 funktioner i regionerne, mens de – ligesom hos kommunerne – gennemsnitligt inddrages af 77 % af de funktioner, der har kendskab til dem.

Som det fremgår af nedenstående tabel, er behandlingsplan for den psykiatriske behandling, udskrivningsaftale, koordinationsplan, kommunal koordinator, regional koordinator, det fælles værdigrundlag og PSP-samarbejdet de redskaber, der anvendes i højeste grad set i forhold til hvor mange funktioner der kender dem. Det er værd at bemærke, at regional og kommunal koordinator begge er højt placeret i forhold til inddragelsen af de funktioner, der har kendskab til dem, mens kendskabet ikke er tilsvarende bredt.

Behandlingsplan psykiatri inddrages af alle (100 %) af de funktioner, der har kendskab til den. Omvendt inddrages udskrivningsguiden – ikke overraskende og ligesom hos kommunerne – i mindst grad (27 %) efterfulgt af de sociale rammeaftaler (37 %).

Samtidig er behandlingsplan psykiatri, udskrivningsaftale, koordinationsplan, sundhedsaftale, PSP-samarbejdet, det fælles værdigrundlag og den sociale handleplan de redskaber, der inddrages af flest fordelt på antal af funktioner.

Her skal det særligt bemærkes, at selv om sundhedsaftalerne anvendes af 2,9 funktioner i gennemsnit, så er det altså "kun" 75 % af de funktioner, der kender til sundhedsaftalerne, der anvender dem i koordineringen. Sundhedsaftalerne falder således ned ad listen fra en fjerde plads i venstre side til en ottende plads i højre side.

REGIONERNES INDDRAGELSE AF REDSKABERNE

Koordineringsredskab	Antal funktioner (gennemsnitligt) der anvender redskabet	Koordineringsredskab	Andel funktioner, der anvender de redskaber, de kender
Behandlingsplan – psykiatri	3,9	Behandlingsplan - psykiatri	100 %
Udskrivningsaftale	3,7	Udskrivningsaftale	94 %
Koordinationsplan	3,5	Koordinationsplan	90 %
Sundhedsaftale mellem kommune og region	2,9	Kommunal koordinator	83 %
PSP-samarbejdet	2,8	Regional koordinator	83 %

Det fælles værdigrundlag	2,4	Det fælles værdigrundlag	82 %
Social handleplan	2,3	PSP-samarbejdet	80 %
Kommunal koordinator	1,9	Social handleplan	75 %
Regional koordinator	1,5	Sundhedsaftale mellem kommune og region	75 %
Åben dialog	1,4	Behandlingsplan - misbrug	72 %
Behandlingsplan – misbrug	1,0	Åben dialog	51 %
Rehabiliteringsplan	0,9	Rehabiliteringsplan	48 %
Sociale rammeaftaler	0,5	Sociale rammeaftaler	37 %
Udskrivningsguide	0,2	Udskrivningsguide	27 %
<i>Gennemsnit</i>	<i>2,1</i>		<i>77 %</i>

6.2.3 Sammenfatning

Ikke overraskende viser oversigterne ovenfor, at der er en stor sammenhæng mellem, hvilke redskaber der er kendskab til og hvilke der inddrages i koordineringsarbejdet. Dette gælder for både regioner og kommuner, dog med væsentlige undtagelser. Således er såvel sundhedsaftaler som sociale rammeaftaler ikke lige så anvendt, som de er kendt blandt de forskellige funktioner.

Når der ses på sammenhængen mellem kendskabet til redskaberne og inddragelsen, kan det på baggrund af ovenstående konstateres, at følgende redskaber har størst potentiale til at støtte det koordinerende samarbejde i den samlede indsats på tværs af kommuner og regioner:

- Behandlingsplan for den psykiatriske behandling
- Udskrivningsaftale
- Koordinationsplan
- PSP-samarbejdet

Særligt for kommunerne kan der endvidere peges på følgende redskaber, der har potentiale for at støtte den kommunale koordinering:

- Den sociale handleplan
- Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen

Samtidig kan der peges på følgende redskaber i regionerne:

- Kommunal koordinator
- Regional koordinator
- Fælles værdigrundlag

6.3 Den overordnede vurdering af koordineringsredskaberne

Efter at have belyst kendskabet til og anvendelsen af koordineringsredskaberne vil der nu blive set nærmere på kommunernes og regionernes *vurdering* af, hvor godt redskaberne fungerer som koordineringsredskaber. Det er udelukkende de kommunale og regionale funktioner, der inddrager det pågældende redskab, som er blevet bedt om at vurdere redskabet.

Som det fremgår af kapitlets indledning er kommunerne og regionerne blevet spurgt om *"Hvor godt fungerer redskabet til at koordinere den samlede indsats for borgere med sindslidelse og misbrug?"* og har haft følgende svarmuligheder: slet ikke, mindre godt, middel, godt, meget godt og ved ikke. I nedenstående tages der udgangspunkt i de besvarelser, hvor redskaberne er vurderet som godt eller meget godt.

6.3.1 Kommunernes vurdering

Der er gennemsnitligt 0,9 kommunale funktioner, som vurderer et redskab som *godt* eller *meget godt* til at koordinere den samlede indsats for borgere med misbrug og sindslidelse. Med andre ord er der tale om en positiv vurdering i 47 % af de kommunale funktioner, der anvender redskaberne.

Intet redskab vurderes som godt eller meget godt af mere end 65 % af de kommunale funktioner, der anvender dem.

Hvis vi ser på, hvor mange kommunale funktioner, der vurderer et givent redskab højt (højre kolonne i nedenstående skema), så er der flere end gennemsnitligt, der vurderer følgende redskaber som gode:

- Social handleplan
- PSP-samarbejdet
- Behandlingsplan - misbrug
- Kommunal koordinator

Denne betragtning kan nuanceres ved at se på, hvordan redskaberne vurderes af dem, der anvender dem (venstre kolonne nedenfor). Her kan vi se, at det er de samme fire redskaber, der ligger i top – dog ikke i samme rækkefølge. Endnu et redskab bliver vurderet godt eller meget godt af mere end halvdelen af de kommunale funktioner, der anvender dem. Det drejer sig om Åben dialog, der vurderes positivt af 56 % af de kommunale funktioner, der inddrager Åben dialog i koordineringen af indsatsen.

Koordineringsredskab	Andel funktioner, der vurderer redskabet som godt eller meget godt, ud af dem der anvender det	Koordineringsredskab	Antal funktioner (gennemsnitligt) der vurderer redskabet som godt eller meget godt
Kommunal koordinator	65 %	Social handleplan	2,0
Social handleplan	61 %	PSP-samarbejdet	1,6
PSP-samarbejdet	61 %	Behandlingsplan - misbrug	1,6

Behandlingsplan - misbrug	57 %	Kommunal koordinator	1,1
Åben dialog	56 %	Udskrivningsaftale	0,9
Rehabiliteringsplan	44 %	Behandlingsplan - psykiatri	0,9
Sociale rammeaftaler	43 %	Det fælles værdigrundlag	0,8
Det fælles værdigrundlag	41 %	Sundhedsaftale	0,8
Behandlingsplan - psykiatri	36 %	Åben dialog	0,8
Udskrivningsaftale	36 %	Sociale rammeaftaler	0,8
Regional koordinator	35 %	Koordinationsplan	0,6
Koordinationsplan	35 %	Rehabiliteringsplan	0,4
Sundhedsaftale	30 %	Regional koordinator	0,1
Udskrivningsguide	0 %	Udskrivningsguide	0,0
<i>Gennemsnit</i>	<i>47 %</i>		<i>0,9</i>

6.3.2 Regionernes vurdering

I regionerne er der gennemsnitligt 1,0 funktion, der vurderer et redskab som godt eller meget godt. Dette svarer til 26 % af de gennemsnitligt 3,9 funktioner i de psykiatriske centre, mod 27 % af funktionerne i kommunerne. Der er således gennemsnitligt ikke den store forskel mellem kommunerne og regionernes vurdering af redskaberne som koordineringsredskaber. Det skal dog i denne sammenhæng påpeges, at regionerne ikke inddrager redskaberne helt så ofte som kommunerne og dermed heller ikke er blevet spurgt til en vurdering så ofte som kommunerne. Dette betyder, at 50 % af funktionerne i de psykiatriske centre i gennemsnit vurderer redskaberne som gode eller meget gode.

Set i forhold til kommunerne er der flere redskaber der vurderes positivt af flere funktioner. Således peger hele 80 % af de funktioner, der anvender en regional koordinator, på, at dette fungerer godt eller meget godt. Endvidere vurderes følgende redskaber positivt af flere funktioner end gennemsnittet:

- Koordinationsplan
- Udskrivningsguide
- Behandlingsplan - psykiatri
- Udskrivningsaftale
- Behandlingsplan - misbrug
- Åben dialog
- PSP-samarbejdet

Her er det særligt interessant, at udskrivningsguiden – der ligger helt i bunden i forhold til såvel kendskab som anvendelse – har en høj vurdering. Denne vurdering bygger på kun tre besvarelser og skal således betragtes som meget usikker. Dette redskab bliver derfor ikke yderligere behandlet i denne rapport. Overraskende er det måske også, at Åben dialog vurderes positivt af 61 % af de funktioner, der anvender dette redskab.

Endvidere kan det bemærkes, at social handleplan, de sociale rammeaftaler og det fælles værdigrundlag gennemsnitligt vurderes lavt. Og rehabiliteringsplanen ligger sidst i såvel absolut som relativ betragtning. Også sundhedsaftalerne vurderes relativt lavt. Kun 34 % af funktioner i de psykiatriske centre, der anvender aftalerne i koordineringen, vurderer, at de fungerer godt eller meget godt.

Koordineringsredskab	Andel funktioner, der vurderer redskabet som godt eller meget godt, ud af dem der anvender det	Koordineringsredskab	Antal funktioner (gennemsnitligt) der vurderer redskabet som godt eller meget godt
Regional koordinator	80 %	Behandlingsplan - psykiatri	2,5
Koordinationsplan	67 %	Koordinationsplan	2,4
Udskrivningsguide	67 %	Udskrivningsaftale	2,3
Behandlingsplan - psykiatri	63 %	PSP-samarbejdet	1,5
Udskrivningsaftale	63 %	Regional koordinator	1,2
Behandlingsplan - misbrug	62 %	Sundhedsaftale mellem kommune og region	1,0
Åben dialog	61 %	Åben dialog	0,8
PSP-samarbejdet	54 %	Kommunal koordinator	0,8
Kommunal koordinator	44 %	Behandlingsplan - misbrug	0,6
Sundhedsaftale mellem kommune og region	34 %	Social handleplan	0,5
Sociale rammeaftaler	29 %	Det fælles værdigrundlag	0,5
Social handleplan	20 %	Udskrivningsguide	0,2
Det fælles værdigrundlag	19 %	Sociale rammeaftaler	0,2
Rehabiliteringsplan	17 %	Rehabiliteringsplan	0,2
<i>Gennemsnit</i>	50 %		1,0

6.4 Opsamling – hvilke redskaber har potentiale til at støtte koordineringen af den samlede indsats?

Gennemgangen af de forskellige redskaber er sammenfattet i nedenstående skema.

	Redskaber der er bredt kendskab til	Redskaber der ofte inddrages i koordineringen af indsatsen	Redskaber der vurderes at være gode til at koordinere indsatsen
Redskaber med potentiale for tværgående koordinering af den samlede indsats	<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsaftaler • Social handleplan (§ 141) • Udskrivningsaftaler • PSP-samarbejdet • Behandlingsplan for den psykiatriske behandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsplan for den psykiatriske behandling • Udskrivningsaftale • Koordinationsplan • PSP-samarbejdet 	<ul style="list-style-type: none"> • Åben dialog • Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen • PSP-samarbejdet
Redskaber med potentiale for koordinering på tværs af de kommunale funktioner	<ul style="list-style-type: none"> • De sociale rammeaftaler • Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Social handleplan (§ 141) • Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal koordinator • Social handleplan (§ 141)
Redskaber med potentiale for koordinering på tværs af de regionale funktioner	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinationsplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal koordinator • Regional koordinator • Fælles værdigrundlag 	<ul style="list-style-type: none"> • Regional koordinator • Koordinationsplan • Behandlingsplan for den psykiatriske behandling • Udskrivningsaftale

På baggrund af ovenstående oversigt, er det muligt at udpege ni redskaber, der har størst potentiale for at støtte en sammenhængende indsats. De ni redskaber er udvalgt på baggrund af først og fremmest vurderingen af redskaberne. Sekundært er udvalgt redskaber, der både er kendt og anvendt i kommunerne eller i de psykiatriske centre. Følgende redskaber er udvalgt:

Tværgående koordinering

1. **PSP-samarbejdet.** Er som det eneste redskab både kendt, anvendt og positivt vurderet af såvel kommunerne som regionerne.
2. **Behandlingsplan for misbrugsbehandling.** Er primært kendt og anvendt i kommunerne, men bliver til gengæld vurderet positivt af såvel kommuner som regioner.
3. **Åben dialog.** Er lidt en joker, da metoden hverken er bredt kendt eller anvendt. Til gengæld vurderes den positivt, af dem der anvender den.
4. **Udskrivningsaftale.** Ligger i toppen hos både regioner og kommuner hvad angår kendskab og anvendelse, og vurderes positivt i de psykiatriske centre.

5. **Behandlingsplan for den psykiatriske behandling.** Ligesom udskrivningsaftalerne er der både bredt kendskab og bred anvendelse af behandlingsplanen, og den vurderes positivt i de psykiatriske centre.

Primært kommunal koordinering

6. **Kommunal koordinator.** Ikke specielt kendt, men inddraget i regionerne og vurderet positivt af flest i kommunerne.
7. **Social handleplan (§ 141).** Er bredt kendt i kommune og region og anvendes og vurderes positivt i de kommunale funktioner.

Primært regional koordinering

8. **Koordinationsplan.** Er kendt i regionerne og vurderes positivt her - og inddrages i såvel regioner som kommuner.
9. **Regional koordinator.** Er som den kommunale koordinator ikke kendt, men anvendt i regionerne og er det redskab, der vurderes positivt af flest regionale funktioner.

Det betyder også, at sundhedsaftalerne, de sociale rammeaftaler, det fælles værdigrundlag, udskrivningsguiden og rehabiliteringsaftaler ikke vurderes at have et stort potentiale for at støtte en sammenhængende indsats. For de to førstnævnte redskaber gælder det, at de hverken anvendes eller vurderes positivt i de tilfælde, hvor de anvendes, selvom begge redskaber er bredt kendt. Det er formodentligt fordi redskaberne ikke er anvendelige i de enkelte borgerforløb, men snarere ses som en overordnet ramme for indsatsen. De ses altså snarere som planlægningsværktøj, end egentlige koordineringsredskaber. Denne tolkning blev bekræftet på det gennemførte fortolkningsseminar. Samme overvejelse gælder det fælles værdigrundlag, der kun inddrages i nogen grad i de psykiatriske centre, men hverken kendes bredt eller vurderes positivt.

For udskrivningsguide og rehabiliteringsplan er slet ikke kendt og anvendt nok, til at have umiddelbart potentiale.

I næste kapitel ses der nærmere på de ni udvalgte redskaber.

7 Udvalgte koordineringsredskaber

I det følgende vil der blive set nærmere på de ni redskaber, der har størst potentiale i forhold til at skabe en sammenhængende indsats for borgere med dobbeltproblematik.

Besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen giver svar på, hvilke af redskaberne de deltagende kommuner og regioner har kendskab til, anvender og hvordan de vurderer de enkelte redskaber i forhold til at koordinere den samlede indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Det følgende er en analyse af besvarelserne – suppleret med input fra fortolkningsseminar, interviews og møder (jf. metodekapitlet)

Tabeller og diagrammer om de fem fravalgte redskaber kan findes i bilag 2.

7.1 Koordinering på tværs af kommuner og region

I denne del af kapitlet gennemgås de redskaber, der vurderes at have størst potentiale i forhold til at støtte sammenhængen i indsatsen på tværs af de forskellige kommunale funktioner og funktionerne i de psykiatriske centre.

Af de kvalitative udsagn fra spørgeskema og fortolkningsseminaret fremgår det tydeligt, at det er koordineringen på tværs af region og kommune, der er størst behov for at styrke. Udfordringerne består blandt andet i videnstab ved overgange mellem psykiatri og misbrugsbehandling, botilbud med mere. Vigtige elementer fra de forskellige behandlingsplaner bliver ikke overleveret. Det påpeges også, at der er meget indforståethed hos de forskellige aktører, og at man – uretmæssigt – forudsætter, at de andre aktører kender til ens egen praksis og ens eget sprog.

Af besvarelserne på spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at nedenstående redskaber kan være interessante at kigge nærmere på, når man skal tackle udfordringerne.

Bemærk, at tallene, der fremgår i parentes efter navnene på de enkelte funktioner, angiver antallet af besvarelser i alt for det pågældende spørgsmål.

7.1.1 PSP-samarbejdet

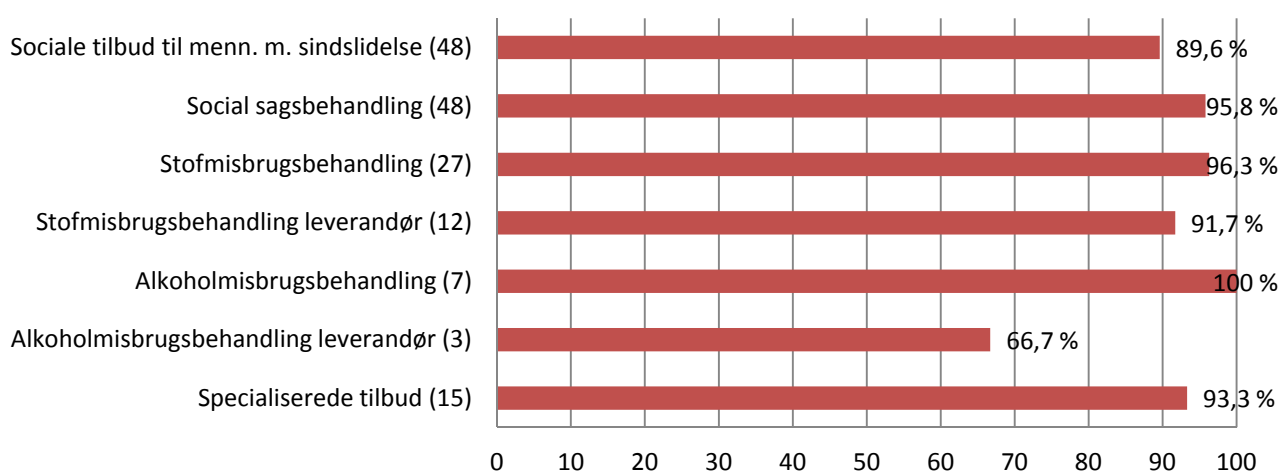
PSP-samarbejdet er et samarbejde mellem politiet, de sociale myndigheder og psykiatrien. Formålet er at sikre udsatte borgere den rette støtte og reducere kriminaliteten blandt mennesker med sindslidelse. PSP-samarbejdet er et forum, hvor myndighederne kan koordinere indsatsen generelt overfor socialt udsatte borgere, der ofte er i berøring med én eller flere af de involverede myndigheder samt drøfte løsninger i enkeltsager. Samarbejdet ændrer ikke på hverken politiets, de sociale myndigheders eller psykiatriens ansvar, men skaber adgang til at udveksle oplysninger mellem myndighederne i PSP-regi.

Målgruppen for PSP-samarbejdet er særligt socialt udsatte. Typisk er der tale om borgere, der har truende adfærd over for andre, er voldsomt udadreagerende, kriminelle el.lign.⁵

Kendskabet til PSP-samarbejdet

Som det fremgår af nedenstående diagram, har langt de fleste kommunale funktioner har hørt om PSP-samarbejdet. Laveste niveau er blandt alkoholbehandlingsleverandørerne, hvor en enhed ud af de tre ikke har hørt om PSP-samarbejdet. Vær opmærksom på, at det lave antal enheder – tre – betyder at en enkelt enheds svar betyder store procentuelle udsving.

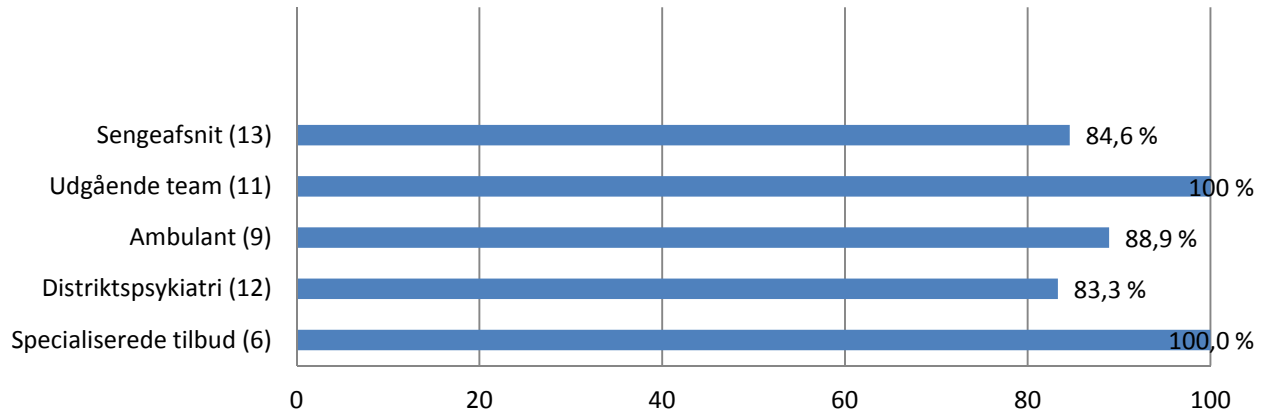
Kendskab til PSP-samarbejde Kommuner



Blandt de psykiatriske funktioner er kendskabet til PSP-samarbejdet også højt. Her er der mellem 83 % og 100 %, der har hørt om samarbejdet.

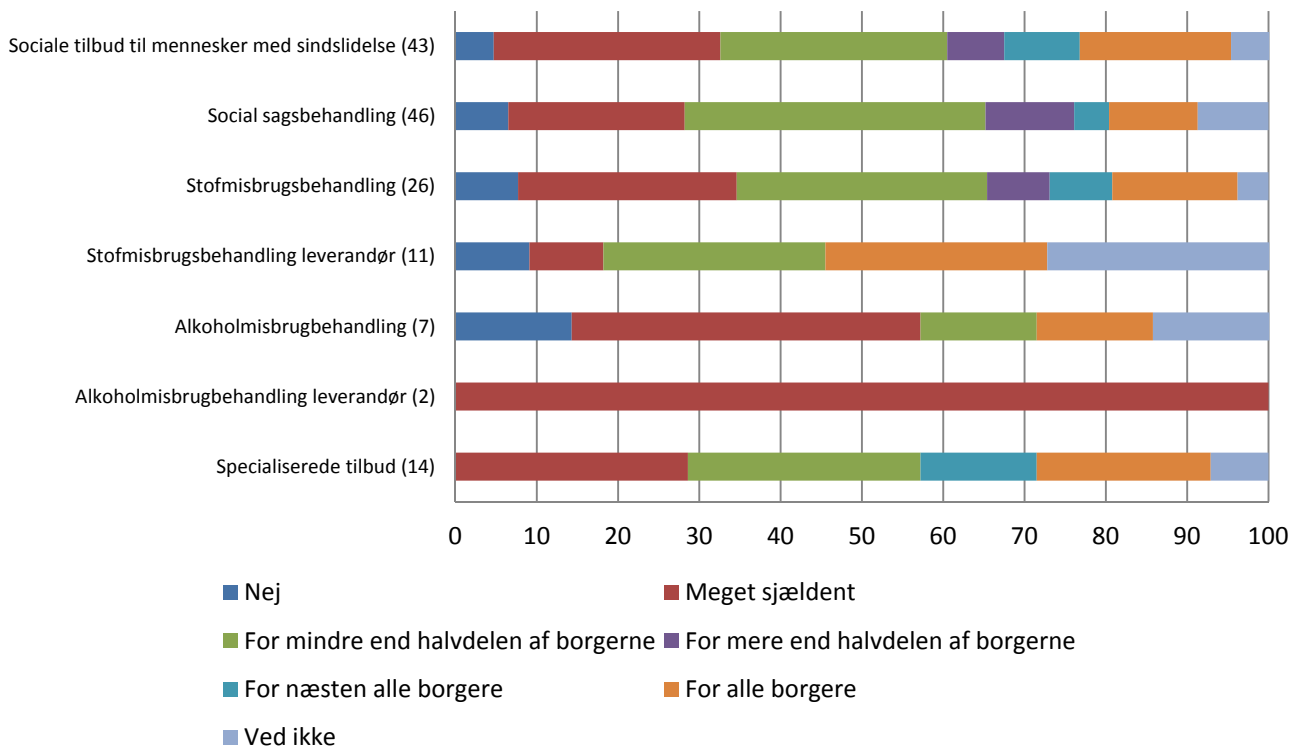
⁵ "PSP. Et tværsektorielt samarbejde mellem politi, myndigheder og psykiatri – inspiration til organiseringen", KL og Danske Regioner

Kendskab til PSP-samarbejde Psykiatriske centre



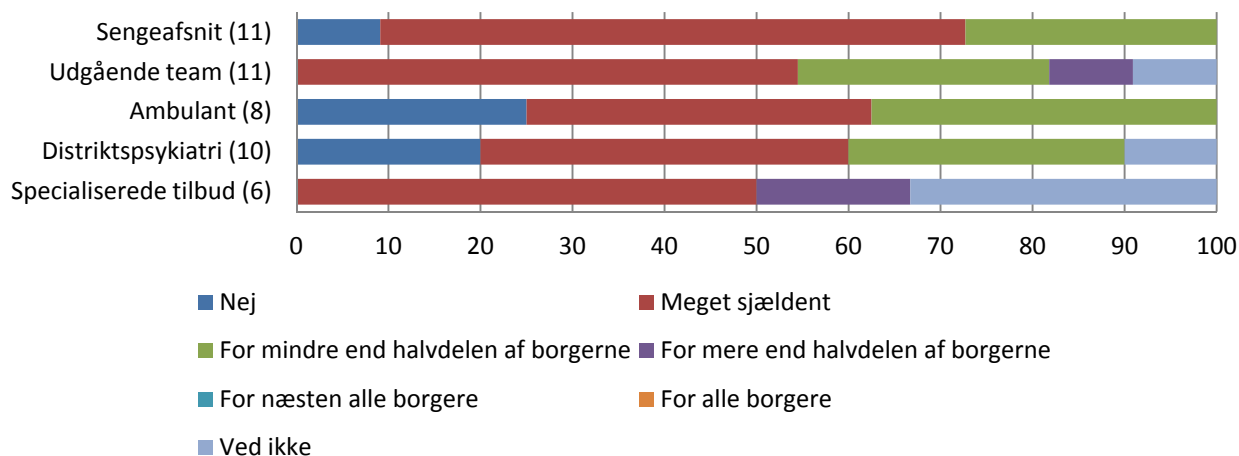
Inddragelsen af PSP-samarbejdet i koordinering

Inddragelse af PSP-samarbejdet i koordineringsarbejdet Kommuner



Selvom PSP-samarbejdet anvendes af hele 87 % af de kommunale funktioner og af 80 % af de regionale funktioner, der kender til samarbejdet, så er inddragelsen begrænset til et mindre antal borgere. Som det ses af både ovenstående diagram over de kommunale funktioner og nedenstående diagram over de psykiatriske centre, er der ikke en bred anvendelse af PSP-samarbejdet i hverken kommuner eller på de psykiatriske centre. Således svarer de fleste funktioner enten, at de benytter denne form for samarbejde meget sjældent eller for mindre end halvdelen af alle borgerne. Som også nævnt tidligere er målgruppen for PSP-samarbejdet særligt udsatte borgere – og kun borgere, hvor det er relevant at inddrage politiet i den samlede indsats - hvilket vil sige, at det ikke er et redskab, der er relevant at anvende i alle borgerforløb. Dette forklarer, at PSP-samarbejdet anvendes af mange funktioner, men ikke i så mange borgerforløb.

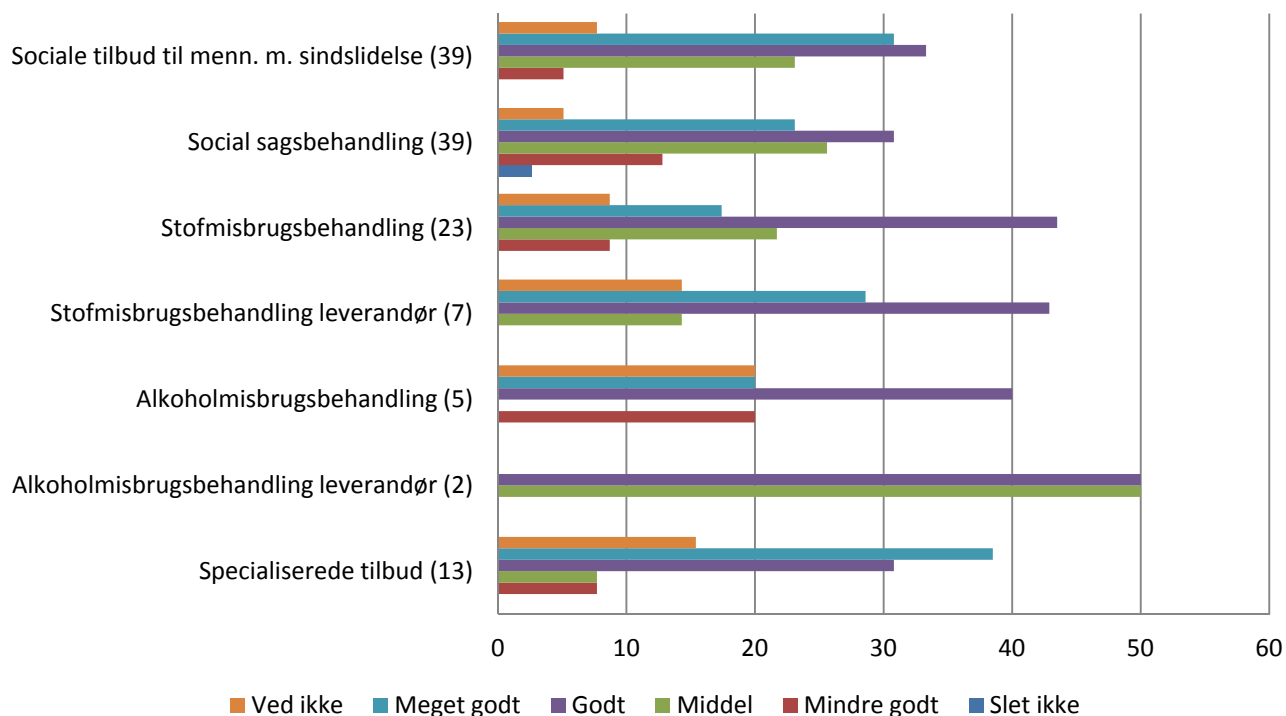
Inddragelse af PSP-samarbejde psykiatriske centre



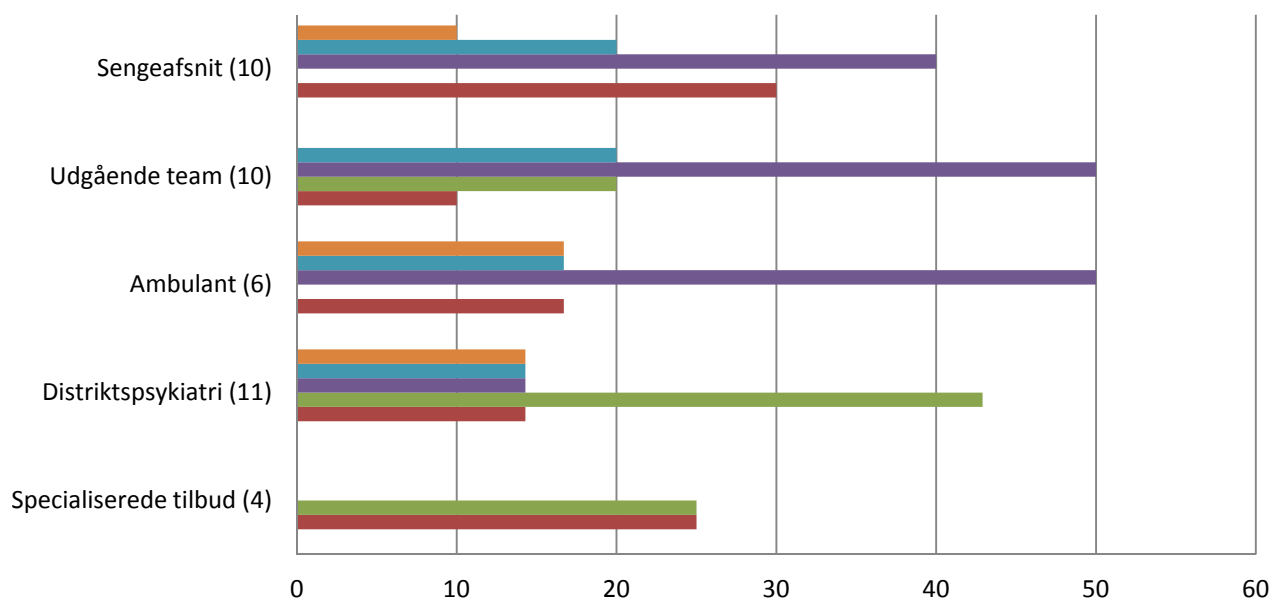
Vurderingen af PSP-samarbejdet

For både kommunale afdelinger og psykiatriske centre gælder, at de generelt har en positiv vurdering af PSP-samarbejdet. Der er således flest, der har valgt at svare, at PSP-samarbejdet fungerer godt, efterfulgt af middelgodt. Kun blandt de specialiserede tilbud på de psykiatriske centre (se diagrammet nedenfor) er der ingen af de fire afdelinger, der vurderer, at PSP-samarbejdet fungerer godt. I forhold til kommunernes besvarelser ses det, at PSP-samarbejdet vurderes overordentligt positivt. Hos de fleste funktioner er "godt" den hyppigste vurdering – undtagen hos de specialiserede tilbud, hvor "meget godt" er det hyppigste svar.

Vurdering af PSP-samarbejdet kommuner



Vurdering af PSP-samarbejdet psykiatriske centre



I den kvalitative del af undersøgelsen er PSP-samarbejdet ligeledes blevet vurderet meget positivt. Der peges på, at der er et stort behov for at lære hinanden at kende på tværs af sektorer, og at dette muliggøres ved PSP-samarbejdet. En faktor, der vurderes som særligt væsentligt i dette samarbejde er, at det er politiet som 'tredje-part' (og, altså hverken som psykiatrien eller kommune), der er ansvarlig for at etablere samarbejdet. Det forpligter politiet til tættere samarbejde med de andre sektorer.

Det kan således konstateres, at der tilsyneladende er stort potentiale i PSP-samarbejdet som koordineringsredskab. Både i forhold til de konkrete borgerforløb, og til et generelt bedre samarbejde mellem sektorerne. Samarbejdets potentiale er dog begrænset af, at samarbejdet kun omfatter en mindre del af målgruppen. Måske der kan tænkes i at etablere et lignende samarbejde for en bredere del af målgruppen?

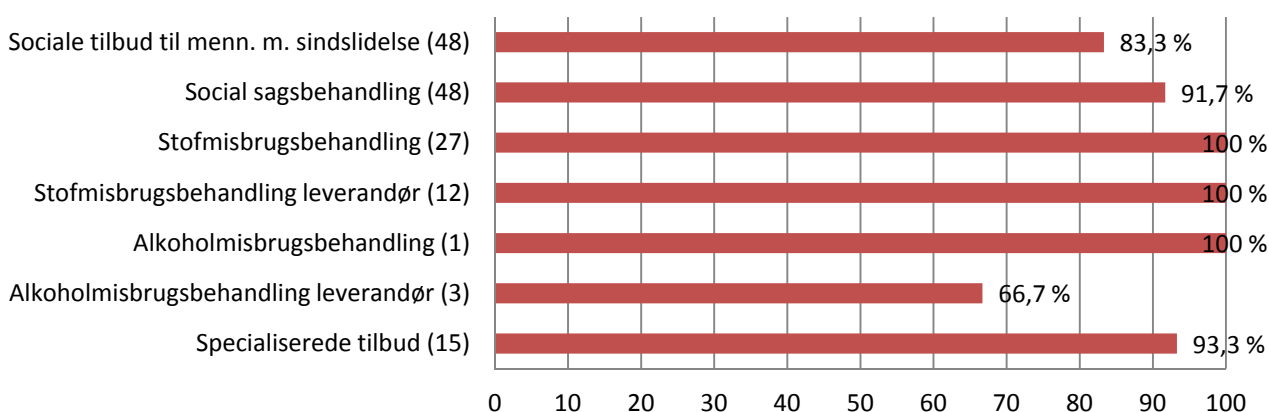
7.1.2 Behandlingsplan for misbrugsbehandlingen

Der skal laves en behandlingsplan for borgere, der modtager misbrugsbehandling hos kommunen. Hvis der indgår medicinsk behandling skal der udarbejdes en lægelig behandlingsplan, der indgår i den samlede misbrugsbehandlingsplan.

Kendskabet til behandlingsplanen for misbrugsbehandling

Langt størstedelen af de kommunale funktioner har hørt om behandlingsplanen, der skal udarbejdes i forbindelse med misbrugsbehandling. Ikke overraskende har alle misbrugsfunktioner hørt om behandlingsplanen – undtagen en enkelt leverandør af alkoholbehandling. Blandt de resterende funktioner er der mellem 83 % og 93 %, der kender til behandlingsplanen for misbrugsbehandling.

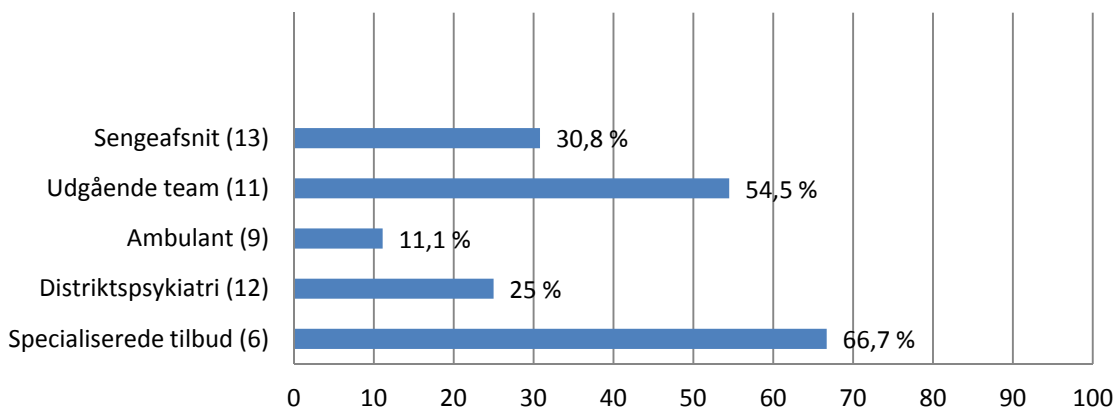
Kendskab til behandlingsplan ift. misbrugsbehandling Kommuner



Der er markant færre af funktionerne i de psykiatriske centre, der har hørt om behandlingsplanen for misbrugsbehandling. Fx er det kun 11 % af de ambulante enheder, der har hørt om den. Blandt de regionale funktioner er det mest de specialiserede tilbud med knap 67 %, der har hørt om behandlingsplanen i forhold til misbrugsbehandling. Det er endvidere værd at bemærke, at kun 31 % af sengeafsnittene har hørt

om behandlingsplanen for misbrugsbehandlingen. Dette skal ses i forhold til, at det som hovedregel er sengeafsnittet, der har ansvaret for misbrugsbehandlingen under indlæggelse.

Kendskab til behandlingsplan ift. misbrugsbehandling Psykiatriske centre

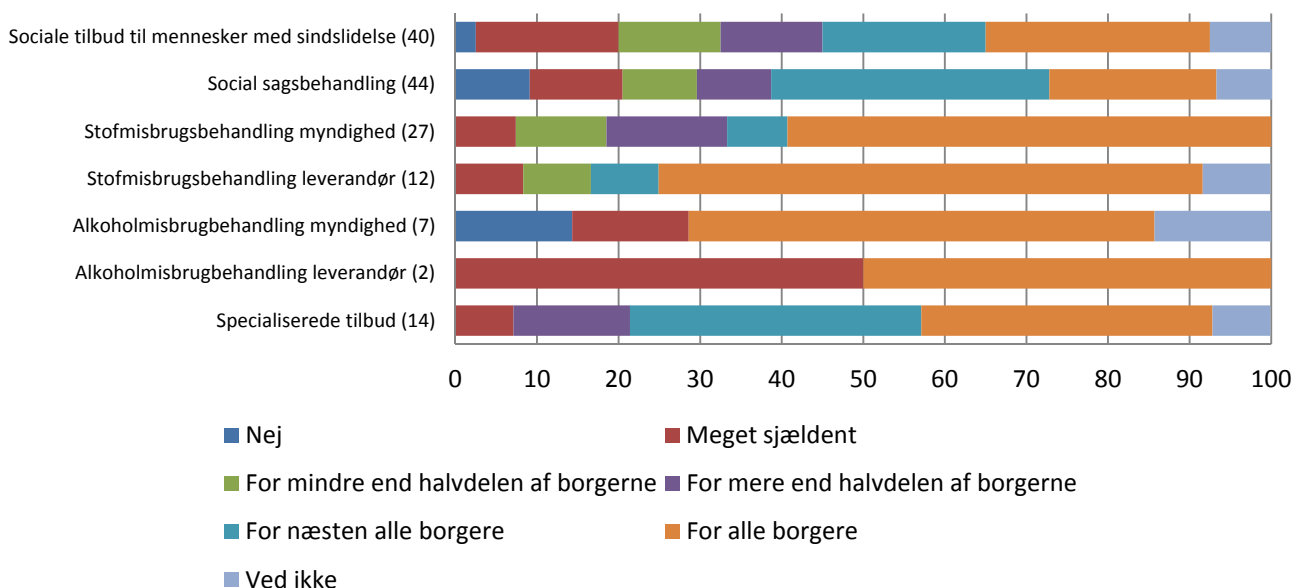


Inddragelsen af behandlingsplanen for misbrugsbehandling

Inddragelsen af behandlingsplanen for misbrugsbehandlingen er langt mere udbredt i kommunerne end i regionerne. I kommunerne er det konsekvent over halvdelen af funktionerne, der inddrager behandlingsplanen for enten mere end halvdelen, næsten alle eller alle borgere. Der er især mange, der benytter behandlingsplanen for alle borgere.

Inddragelse af behandlingsplan for misbrug i koordineringsarbejdet

Kommuner

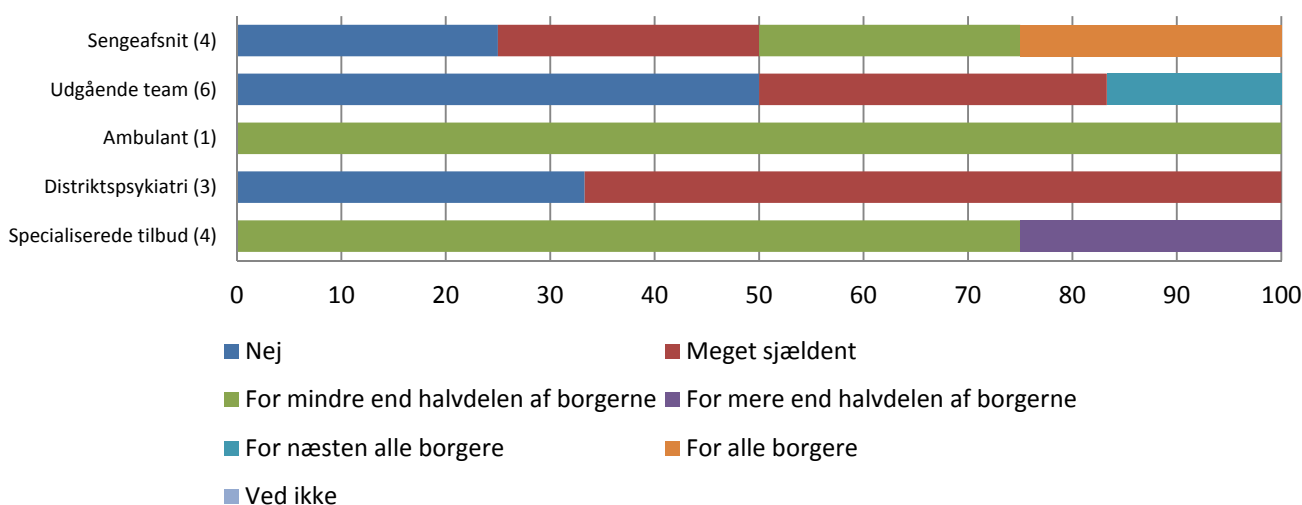


Da kun et mindre antal funktioner i de psykiatriske centre kender til behandlingsplanen, er der kun få svar omkring hvor meget den inddrages. De fleste svar placerer sig enten i svarkategorierne, at behandlingsplanerne i forhold til misbrug ikke inddrages i koordineringsarbejdet, at de sjældent inddrages eller, at de inddrages for mindre end halvdelen af alle borgere.

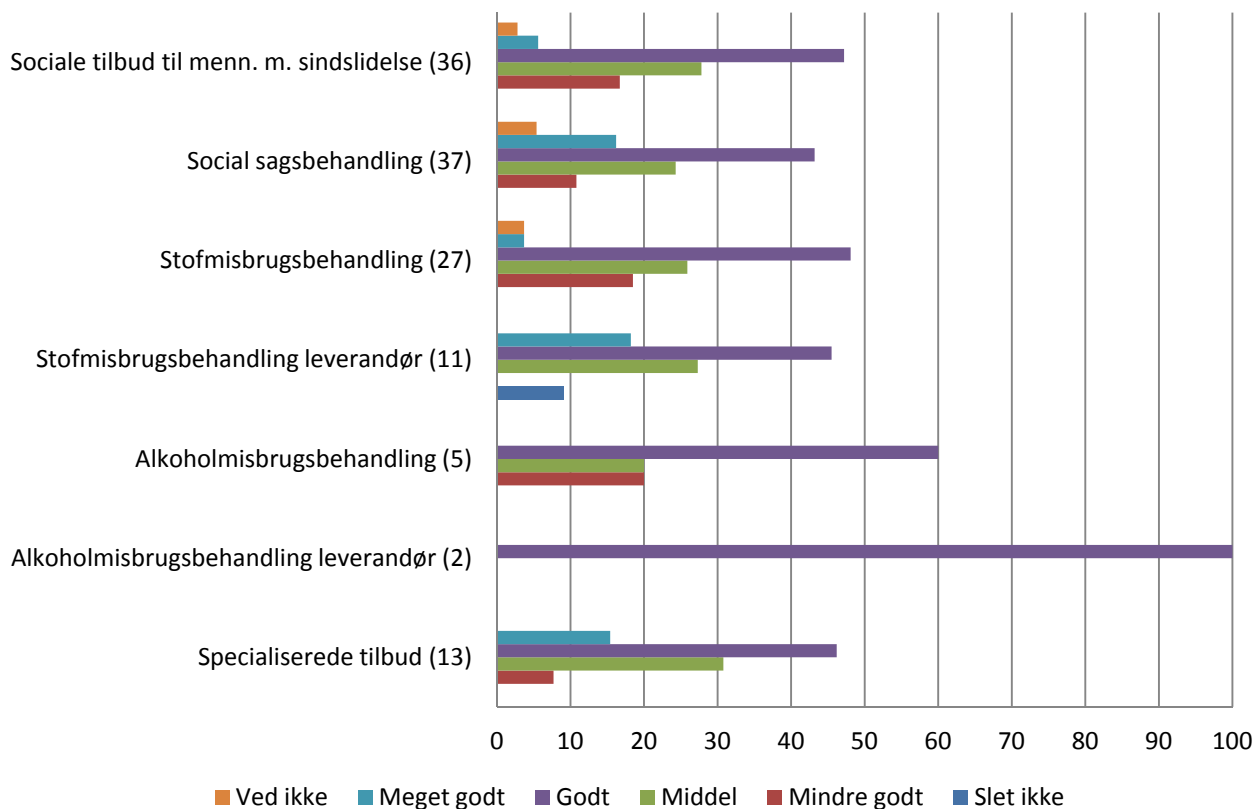
Inddragelse af behandlingsplan for misbrug i

koordineringsarbejdet

Psykiatriske centre

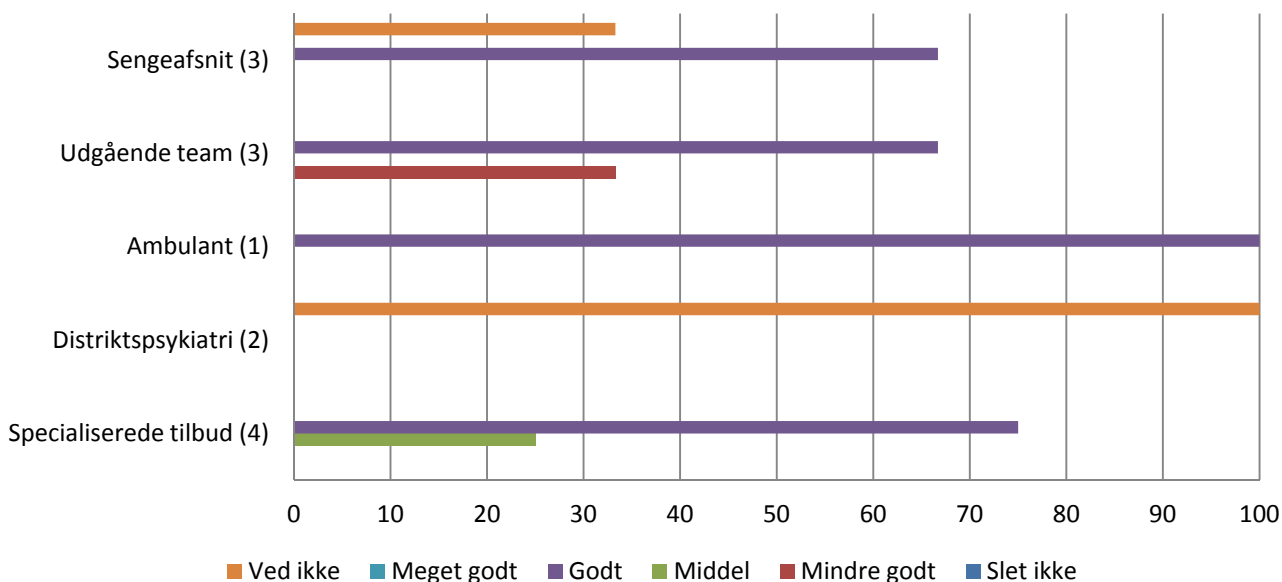


Vurdering af behandlingsplanen ift. misbrug kommuner



Behandlingsplanen for misbrugsbehandlingen vurderes overordnet meget positivt. Minimum halvdelen af alle funktioner vurderer redskabet som godt eller meget godt. Og over 70 % vurderer behandlingsplanen for misbrugsbehandlingen fungerer middelgodt eller bedre som koordineringsredskab.

Vurdering af behandlingsplanen ift. misbrug psykiatriske centre



De regionale funktioner vurderer den også primært som et godt koordineringsredskab i de få tilfælde, hvor behandlingsplanen for misbrug anvendes.

Det vil altså sige, at kendskabet til og anvendelsen af behandlingsplaner for misbrugsbehandlingen er meget udbredt i kommunen, men meget lidt udbredt blandt de psykiatriske funktioner. Til gengæld vurderes det generelt positivt blandt dem der anvender det, i såvel de kommunale som de regionale funktioner. Hvis potentialet for at anvende denne behandlingsplan som koordineringsredskab skal øges, skal kendskabet og udbredelsen af redskabet i de psykiatriske funktioner styrkes. Eventuelt kan man arbejde med strammere krav om inddragelse af behandlingsplanen for misbrugsbehandlingen – den sociale såvel som den medicinske – i den regionale psykiatri?

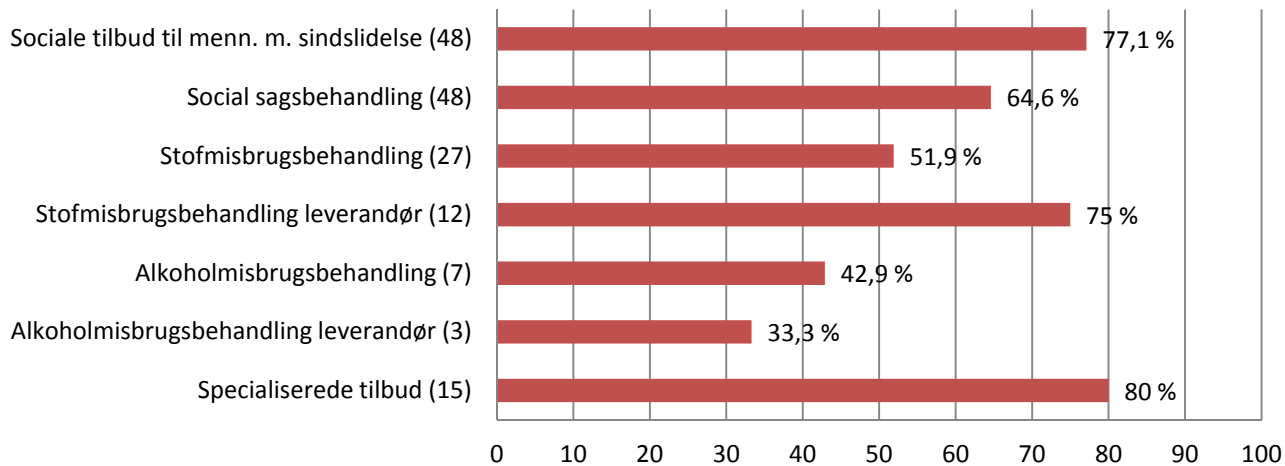
7.1.3 Åben dialog

Kendskabet til Åben dialog

Åben dialog er en nyere metode i den psykiatriske behandling. Måske derfor er kendskabet til metoden også lidt større i regionerne end i kommunerne. I kommunerne er det da også blandt misbrugsbehandlingsfunktionerne, at der er mindst kendskab til metoden.

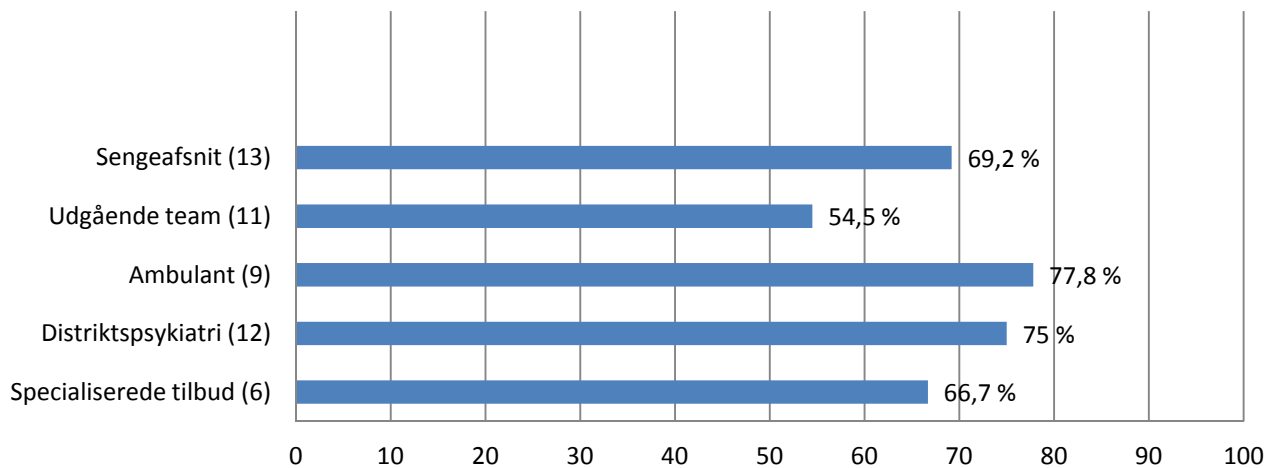
Kendskab til åben dialog

Kommuner

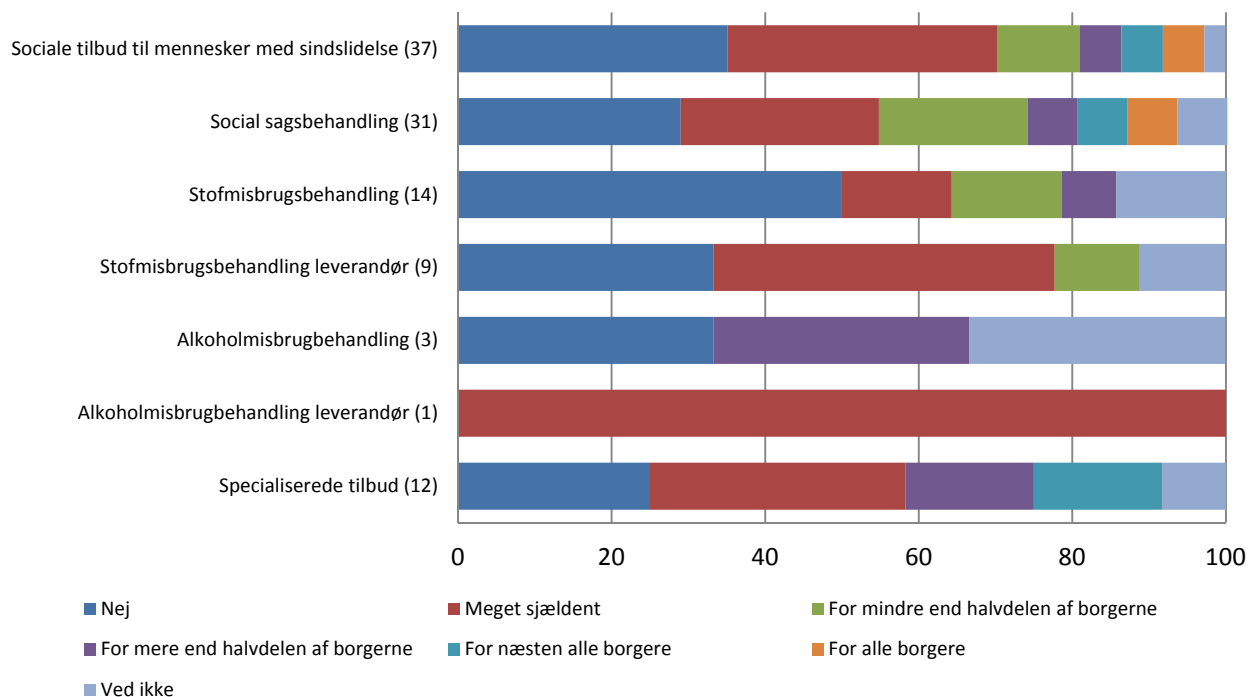


Kendskab til åben dialog

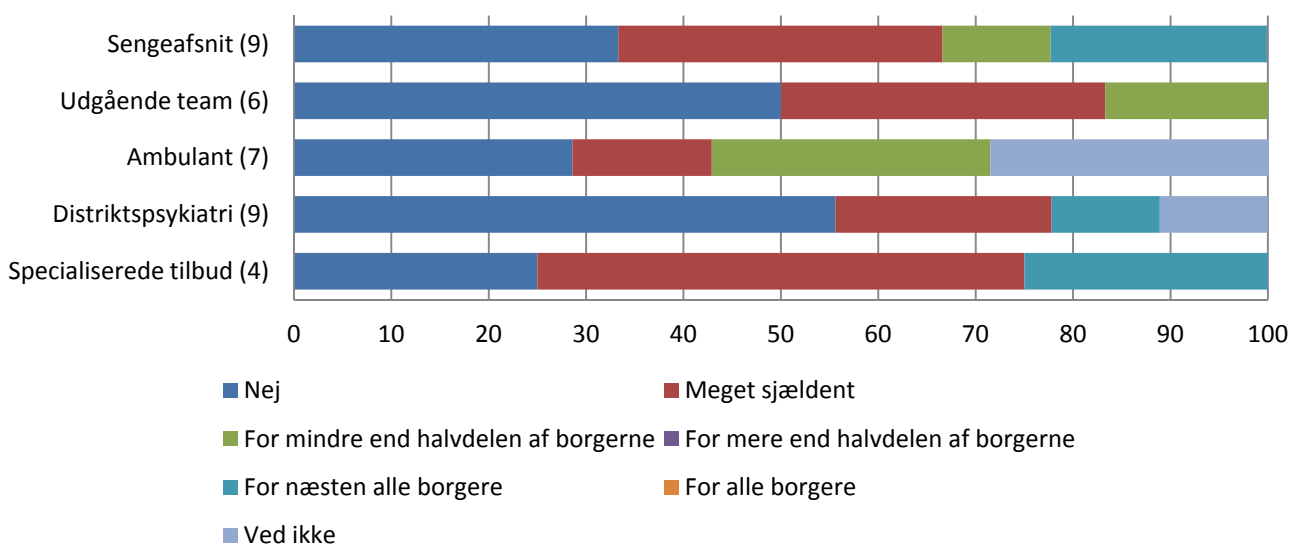
Psykiatriske centre



Inddragelse af åben dialog Kommuner



Inddragelse af åben dialog Psykiatriske centre

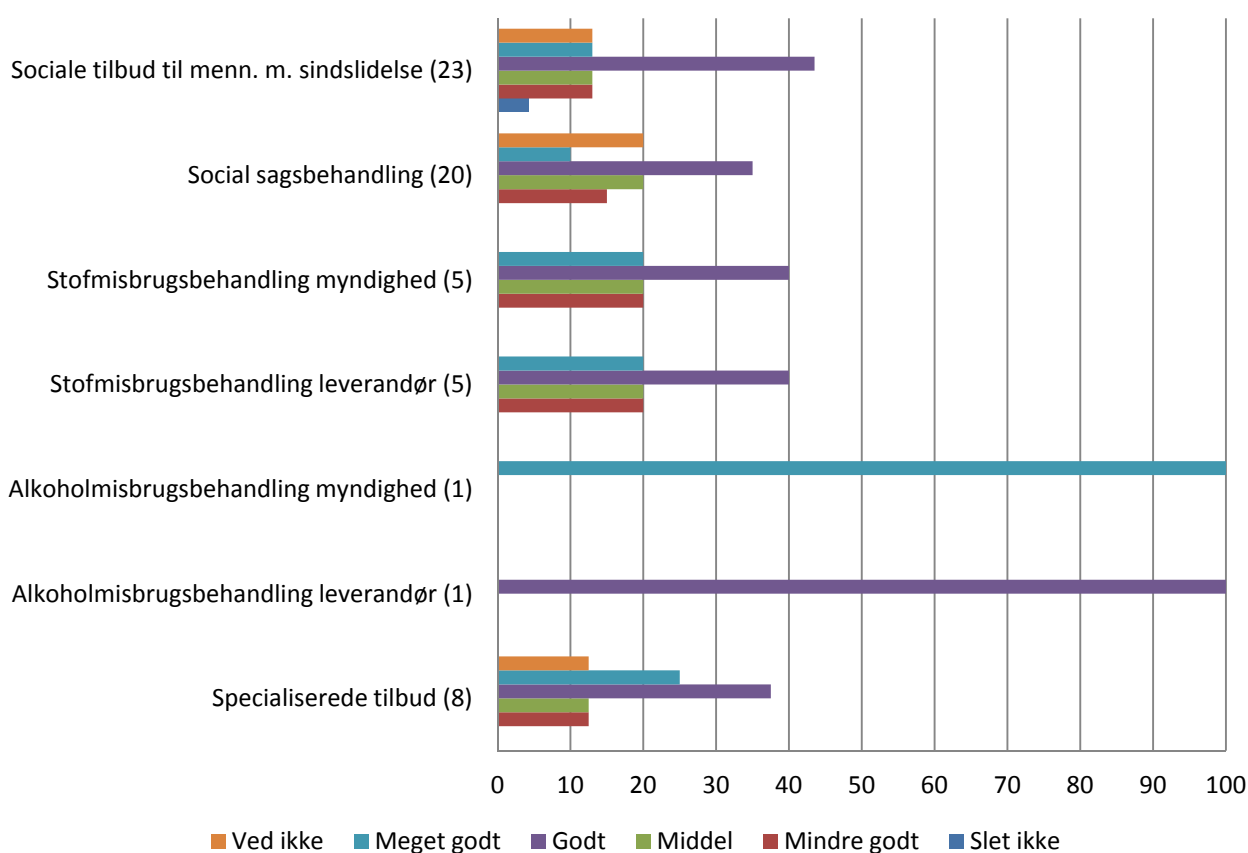


For en ganske stor del af dem der kender til metoden, anvendes Åben dialog ikke – eller kun meget sjældent - i koordineringsarbejdet.

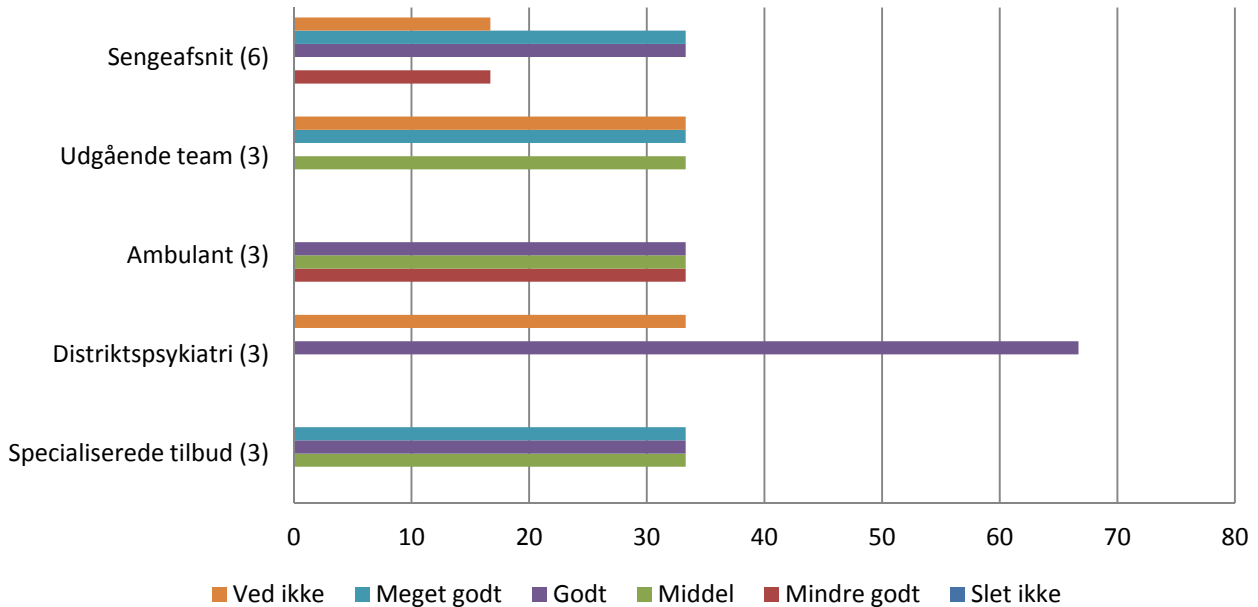
Vurderingen af Åben dialog

Det interessante omkring Åben dialog er da også primært, at redskabet bliver vurderet positivt i både de kommunale og i de regionale funktioner – af dem der anvender det. I alle typer af kommunale funktioner er ”godt” eller ”meget godt” den hyppigste vurdering. I de psykiatriske centre er der kun et enkelt sengeafsnit og et enkelt ambulansetilbud, der vurderer at metoden fungerer mindre godt.

Vurdering af åben dialog Kommuner



Vurdering af åben dialog Psykiatriske centre



Det er i det kvalitative materiale blevet fremhævet, at der er behov for koordineringsredskaber, der kan sætte borgeren i centrum, og som kan anvendes til at inddrage borgers eget netværk. Og i forhold til dette peges der netop på Åben dialog som en god metode.

Endvidere peges der på, at anvendelsen er kraftigt stigende, men at det ofte kan være vanskeligt at inddrage borgerens private netværk, da mange borgere med sindslidelse og misbrug kun har et meget begrænset socialt netværk.

Der er noget der tyder på, at der hvor dette redskab anvendes, vurderes det rigtig godt, men at det kun anvendes i meget lille udstrækning. Måske denne metode har potentiale – også til at støtte sammenhængen på tværs af region og kommune - hvis den blev udbredt til flere kommunale og regionale funktioner? Særligt skal der være fokus på udbredelse af metoden til misbrugsbehandlingsfunktionerne. Samtidig ville man så få et redskab, hvor borger blev systematisk inddraget i koordineringen af indsatsen.

7.1.4 Udskrivningsaftale

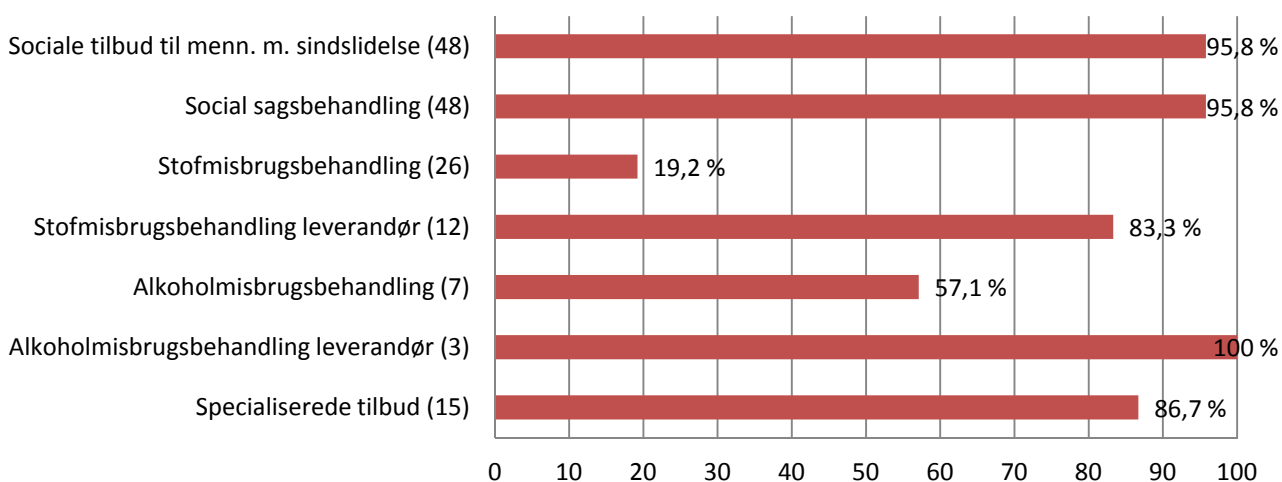
Udskrivningsaftalerne skal benyttes når det i psykiatrien vurderes, at en patient ved udskrivning ikke vil opsøge de efterfølgende nødvendige tilbud. Med henblik på at imødekomme dette udarbejder psykiatrien en udskrivningsaftale mellem patienten, den psykiatriske afdeling og andre relevante behandlingsmæssige og sociale tilbud til personen. Det vil sige, at redskabet i sig selv nødvendiggør en inddragelse af øvrige aktører udover den psykiatriske afdeling, og dermed som udgangspunkt ikke opfylder sit formål, hvis samarbejdspartnerne ikke kender til den eller inddrager den. Det vil sige, at det som udgangspunkt kan forventes, at udskrivningsaftalen er relevant i forhold til en koordinerende indsats for borgere med sindslidelse og misbrug.

Kendskabet til Udskrivningsaftale (Psykiatriloven)

Som det ses i nedenstående diagram har langt de fleste kommunale funktioner hørt om udskrivningsaftaler. Det gør sig særligt gældende for de tre alkoholbehandlingsleverandører, afsnittene der leverer de sociale tilbud til mennesker med sindslidende og de afsnit der sidder med den generelle sagsbehandling. De to funktioner, hvor færrest har hørt om udskrivningsaftalen, er misbrugsbehandlingsfunktionerne med myndighedsansvar.

Kendskab til udskrivningsaftale

Kommuner



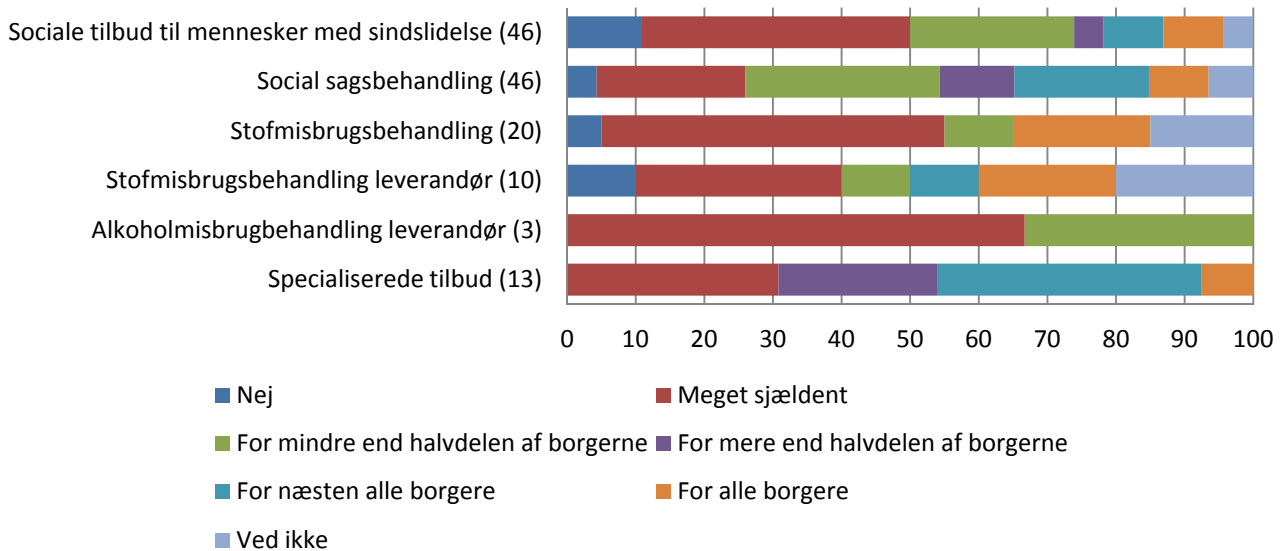
Blandt de psykiatriske centre har alle dem, der har besvaret spørgsmålet, hørt om udskrivningsaftalen, uanset hvilken type funktion, der er tale om.

Da udskrivningsaftalen udarbejdes i psykiatrien, er det ikke overraskende, at kendskabet til dette redskab er større her end i kommunerne. Endvidere er der tale om et eksplicit lovkrav, hvilket også kan forklare det store kendskab til redskabet.

Inddragelsen af udskrivningsaftalen i det koordinerende arbejde

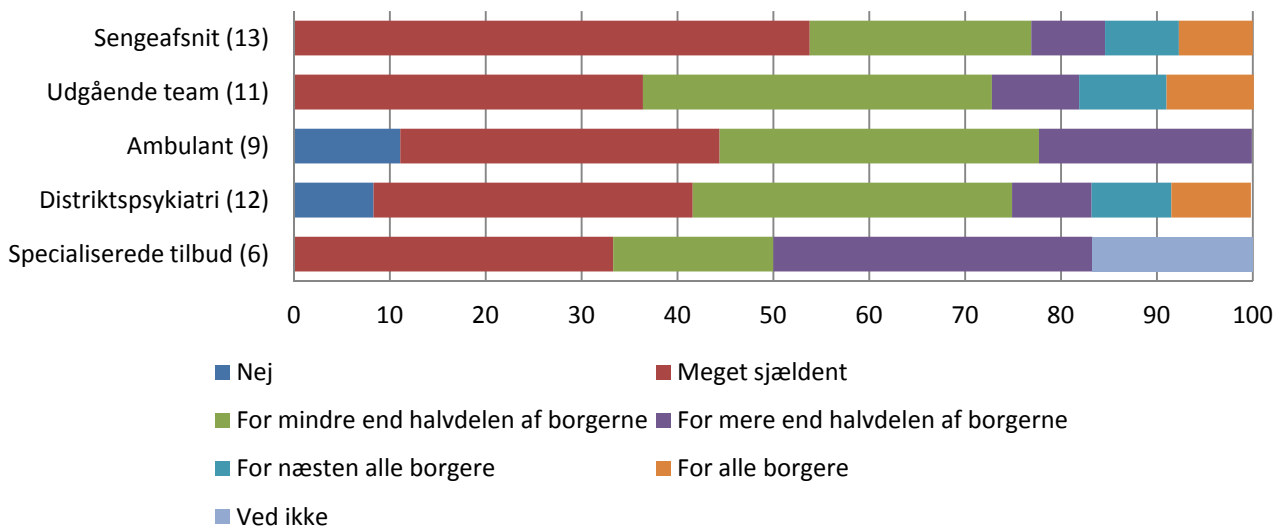
Selvom kendskabet til udskrivningsaftalerne er udbredt, så viser tallene for hvor meget udskrivningsaftalen inddrages i koordineringen, at mange rigtigt nok inddrager redskabet, men også, at mange kun anvender udskrivningsaftalen i forhold til meget få borgere. Her er det vigtigt, at udskrivningsaftaler ikke er relevant for alle borgere med dobbeltproblematik. Inddragelse af udskrivningsaftalerne i kommunerne ser ud til at være mest udbredt i de specialiserede tilbud og i den sociale sagsbehandling. Generelt varierer inddragelsen meget, og dette særligt for leverandørerne af stofmisbrugsbehandling, hvor lige så mange svarer "Meget sjældent" som der svarer "For alle borgere" eller "For næsten alle borgere". Den store inddragelse blandt de specialiserede tilbud og for en del af stofmisbrugsbehandlingsfunktionerne handler formodentlig om, at disse funktioner i særlig grad har kontakt med borgere, hvor en udskrivningsaftale er relevant.

Inddragelse af udskrivningsaftale kommuner



I regionerne inddrages udskrivningsaftalerne ligeledes især i de specialiserede tilbud. Generelt svarer hovedparten af funktionerne, at de enten sjældent benytter udskrivningsaftalerne, eller at de benytter dem for mindre end halvdelen af borgerne. Det skal bemærkes, at over halvdelen af sengeafsnittene kun meget sjældent inddrager udskrivningsaftalerne.

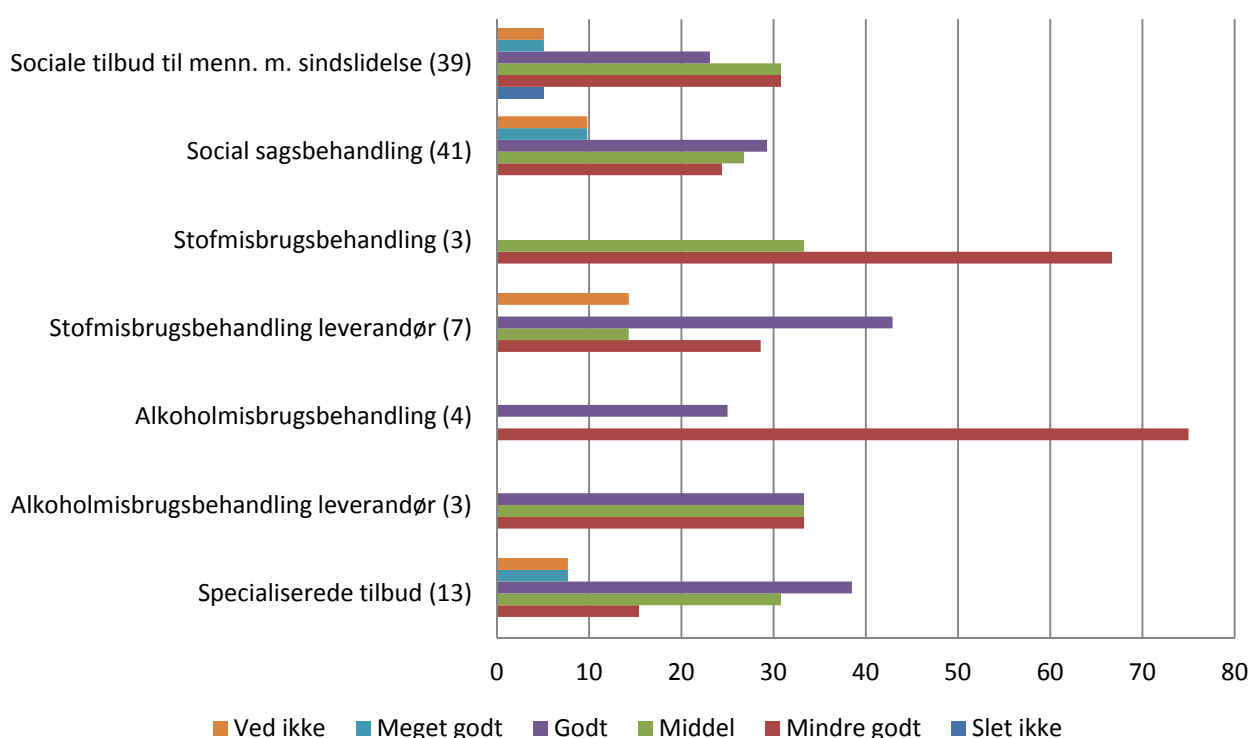
Inddragelse af udskrivningsaftale psykiatriske centre



Vurderingen af udskrivningsaftale

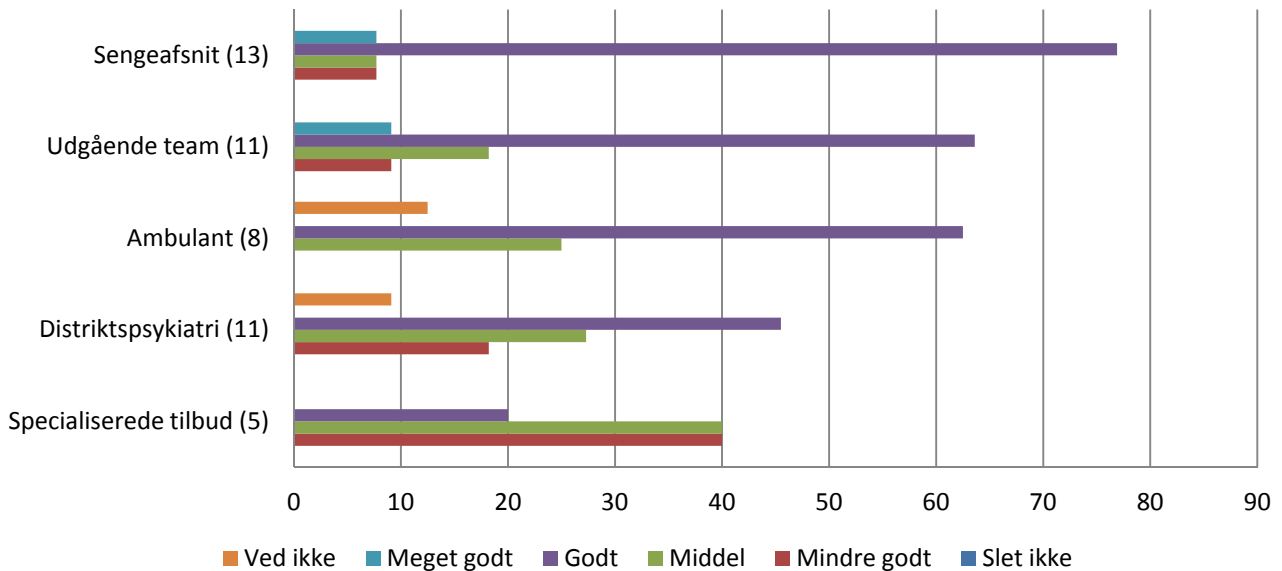
Vurderingerne af udskrivningsaftalerne er blandede hos de kommunale afdelinger, der benytter dem. De sociale tilbud til mennesker med sindslidelse, den generelle sociale sagsbehandling, stofmisbrugsbehandling på leverandørniveau og de specialiserede tilbud fremstår mest positive overfor udskrivningsaftalerne, mens myndighedsniveauet i misbrugsbehandling fremstår mindst positive med henholdsvis knap 67 % og 75 %, der svarer, at aftalerne fungerer mindre godt.

Vurdering af udskrivningsaftalen kommuner



Vurderingerne af udskrivningsaftalen er mere positive blandt de psykiatriske funktioner. Især sengeafsnittene vurderer dem positivt med over to tredjedele, der betegner dem som enten gode eller meget gode, efterfulgt af udgående teams hvor lidt mere end 70 % vurderer dem til enten at være gode eller meget gode. For begge typer af funktioner gælder dog, at de fleste placerer sig i kategorien "gode", mens henholdsvis ca. 8 % og 9 % placerer sig i kategorien "meget gode". De ambulante tilbud og distrikpsykiatrien vurderer ligeledes udskrivningsaftalerne positivt med henholdsvis godt 60 % og 45 %, der vurderer dem til at være gode, mens de specialiserede tilbud forholder sig lidt mere skeptiske, hvilket er iøjnefaldende eftersom det er de specialiserede tilbud, der oftest inddrager aftalerne.

Vurdering af udskrivningsaftalen psykiatriske centre



På fortolkningsseminaret gjorde deltagerne opmærksom på, at det ofte er vanskeligt for de psykiatriske centre at vide, hvor udskrivningsaftalerne skal sendes hen i kommunerne. De samarbejder ofte med flere kommuner og det er ikke altid gennemskueligt for dem, hvem der er ansvarlig for borgerens videre forløb i kommunerne, når de ikke længere er indlagte. I forlængelse af denne diskussion blev der peget på vigtigheden af at øge forståelsen for arbejdet i de andre sektorer. Der skal bygges bro mellem de to sektorer således at aktørerne i de forskellige systemer tager ansvar for at følge patienten videre i systemet. Begge sektorer bør forpligtes til ikke at give slip før en anden har taget over.

I nogle kommuner er der gode erfaringer med at have samarbejdsaftaler mellem region og kommune, hvormed kommunen skal varsles senest otte dage før udskrivning, hvis borgeren ikke kan klare sig i eget hjem og kommunen ikke kender borgeren i forvejen. Det giver kommunen mulighed for at forberede sig på udskrivning og udmønte udskrivningsaftalen. I samarbejdsaftalerne fremgår ligeledes, hvem der har ansvar for hvad, når en borger udskrives og at kommunen skal indkaldes til et møde indenfor fristen. Samarbejdsaftaler er lokale udmøntninger af sundhedsaftalerne, og det er derfor vigtigt her at påpege, at sundhedsaftalerne, ifølge den kvantitative del af undersøgelsen, hverken er særligt anvendt eller vurderet positivt af såvel regionale som kommunale funktioner.

I forhold til inddragelsen af udskrivningsaftalerne gav flere på fortolkningsseminaret udtryk for, at de oplever, at der indimellem er modstridende handleanvisninger i henholdsvis udskrivningsaftalerne og de sociale handleplaner. I det omfang dette er tilfældet, kan det forklare kommunernes svar i forhold til inddragelse af udskrivningsaftalerne. Såfremt aftalerne ikke stemmer overens med de planer, som står beskrevet i den sociale handleplan er det nærliggende at tro, at de kommunale funktioner tager udgangspunkt i den plan de selv har udfærdiget – nemlig handleplanen. Desuden kan den ringere inddragelse skyldes at kommunerne ikke modtager udskrivningsaftalerne og derfor ikke inddrager dem.

I de kvalitative drøftelser, blev det endvidere fremhævet, at det ikke er nok, at se på udskrivningsaftaler og behandlingsplaner. Det er nødvendigt løbende at revidere anvendelsen af planerne hos de forskellige aktører i praksis. Det påpegedes, at der er behov for, at aktørerne sætter sig sammen og får lavet nogle konkrete planer for omsætningen af koordineringsredskaberne helt nede på sagsniveau i de enkelte borgersager. Det kræver, at der er ledelsesmæssig opbakning, og at det er et ledelsesmæssigt krav, at det gøres. Det kan synes svært at få tid til det i en travl hverdag, men hvis det ikke bliver gjort, kan det resultere i flere genindlæggelser.

7.1.5 Behandlingsplan for den psykiatriske behandling

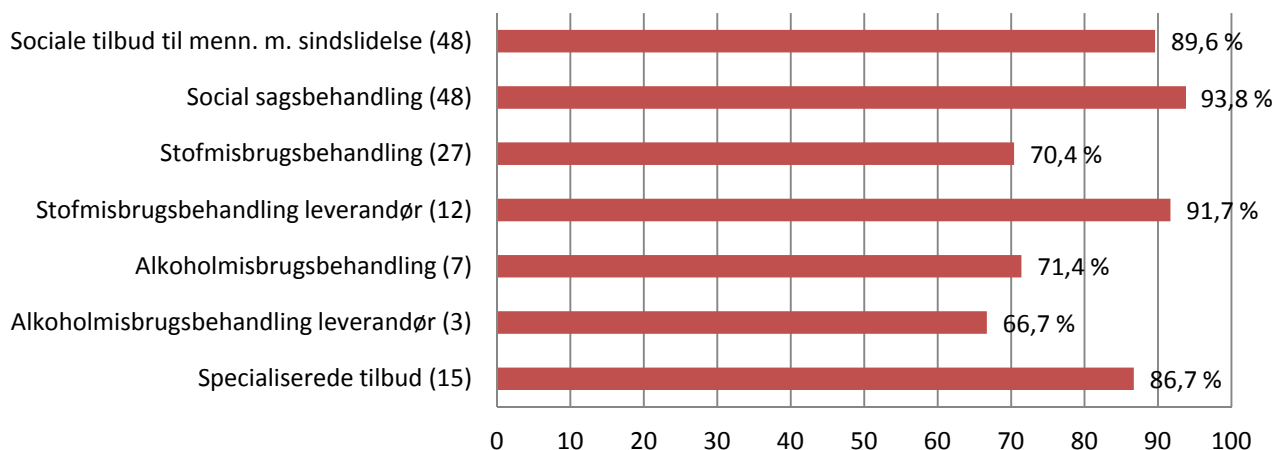
Behandlingsplanen er en tværfaglig plan over undersøgelser, behandling med mere, som udarbejdes overfor alle patienter, såvel indlagte som ambulante.

Kendskabet til behandlingsplan for den psykiatriske behandling

Langt størstedelen af de kommunale funktioner har hørt om behandlingsplanen for den psykiatriske behandling.

Kendskab til behandlingsplan ift. psykiatri

Kommuner

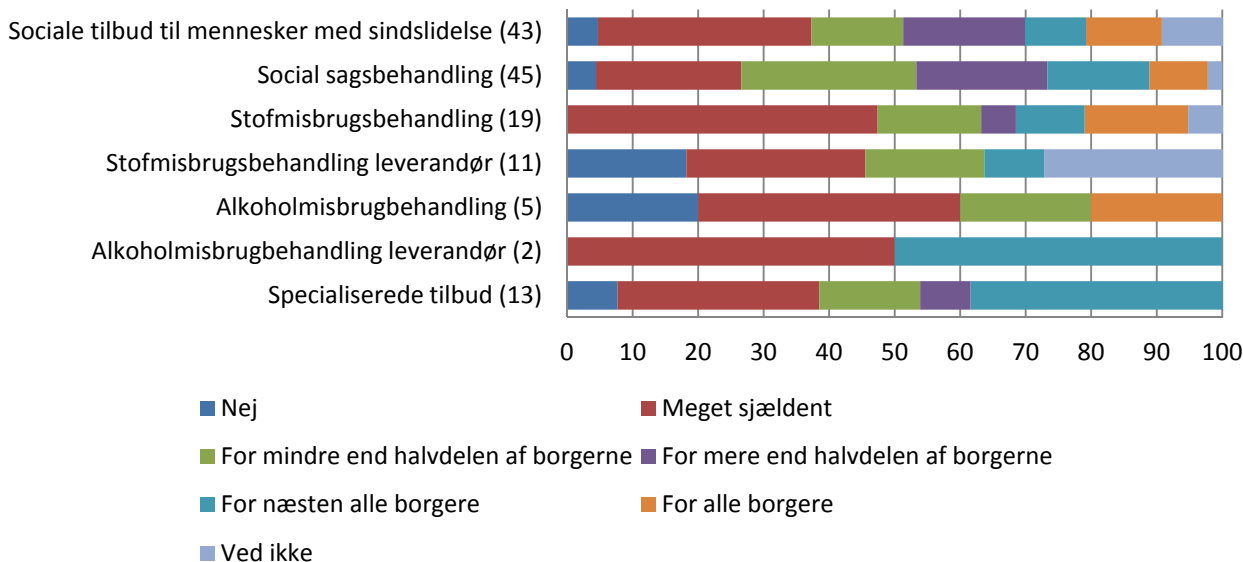


Hos de psykiatriske centre er det, ikke overraskende, samtlige funktioner, der har hørt om psykiatriens behandlingsplaner.

Inddragelsen af behandlingsplanen for den psykiatriske behandling

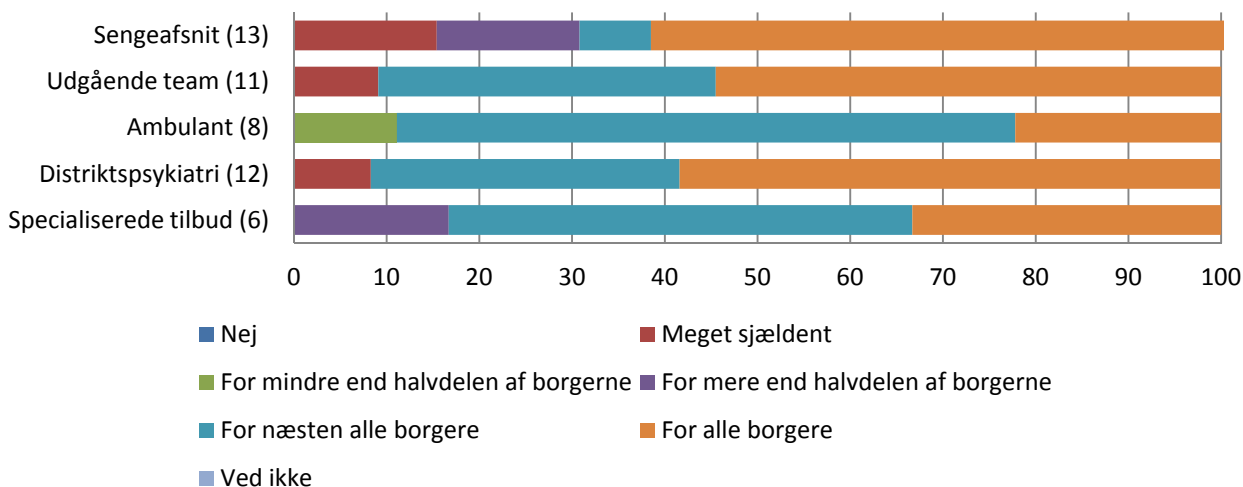
Der er fra den ene type af funktion til den anden type stor forskel på, hvor meget de kommunale afdelinger inddrager de psykiatriske behandlingsplaner i arbejdet. Inddragelsen af psykiatriske behandlingsplaner er tilsyneladende mest udbredt i alkoholbehandlingen på leverandørniveau og blandt de specialiserede tilbud efterfulgt af de sociale tilbud til mennesker med sindslidelse og den sociale sagsbehandling. Der er således ingen systematisk inddragelse af denne behandlingsplan i koordineringsarbejdet blandt de kommunale funktioner.

Inddragelse af behandlingsplan ift. psykiatri kommuner



På de psykiatriske centre er det i alle funktioner langt de fleste, der svarer, at de enten inddrager de psykiatriske behandlingsplaner for alle borgere eller næsten alle borgere. Der er dog enkelte afdelinger blandt sengeafsnit, udgående teams og i distriktpsychiatrien, som oplyser, at de meget sjældent inddrager disse behandlingsplaner. Dette er bemærkelsesværdigt, da behandlingsplanerne netop skulle være et internt koordineringsredskab i den psykiatriske behandling.

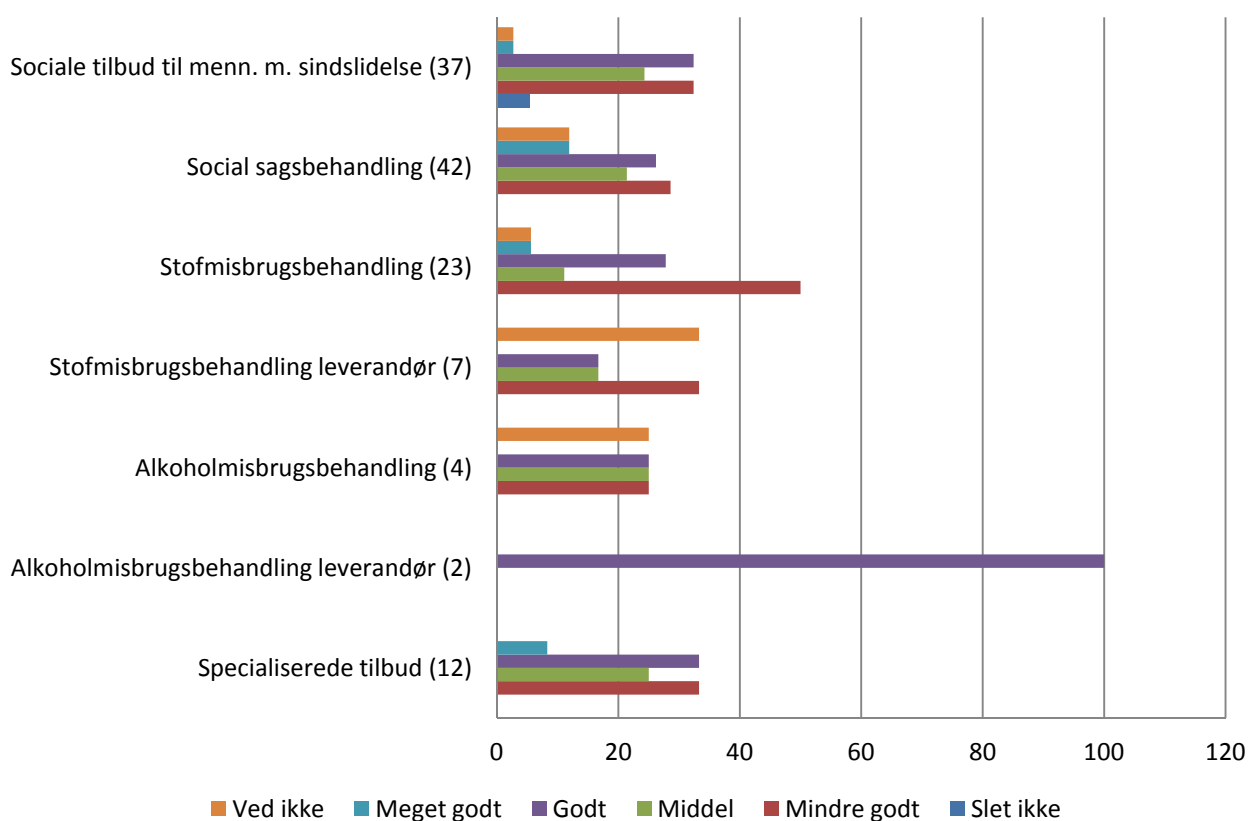
Inddragelse af behandlingsplan ift. psykiatri psykiatriske centre



Vurderingen af behandlingsplanen for den psykiatriske behandling

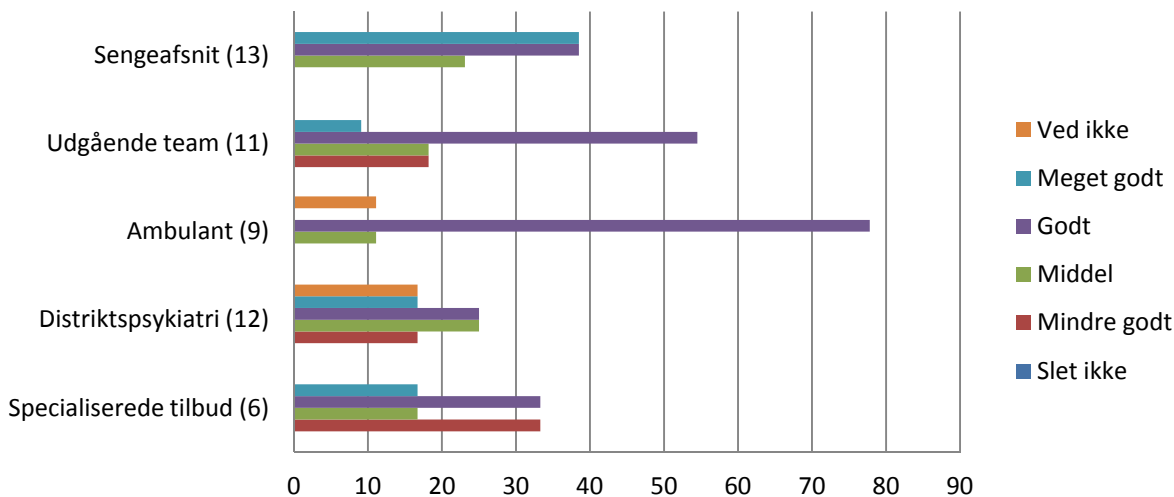
Der er stor forskel på, hvordan den psykiatriske behandlingsplan vurderes af de kommunale funktioner som koordineringsredskab. Stofmisbrugsbehandling på myndigheds- og leverandørniveau er mest tilbøjelige til at vurdere redskabet som værende mindre godt. Kun blandt leverandører af sociale tilbud til mennesker med sindslidelse er der få der vurderer, at redskabet "Slet ikke" fungerer som koordineringsredskab. I alkoholmisbrugsbehandlingen på leverandørniveau vurderes den psykiatriske behandlingsplan til at være god af de to leverandører, der anvender behandlingsplanen.

Vurdering af behandlingsplan ift. psykiatri kommuner



I regionerne vurderes behandlingsplanerne generelt bedre end i kommunerne. Særligt sengeafsnittene vurderer dem til at fungere dels "meget godt" og "godt". Det er samtidig værd at bemærke, at distriktpsychiatrien og de specialiserede tilbud vurderer behandlingsplanerne som mindre positivt.

Vurdering af behandlingsplan ift. psykiatri psykiatriske centre



I vejledningen til behandlingsplaner⁶ fremgår der ikke noget om samarbejde med kommuner eller andre aktører. Formålet med behandlingsplanerne er, at fremme samarbejdet mellem behandlere og den enkelte patient, så det psykiatriske behandlingstilbud kan føre til et godt resultat. På fortolkningsseminaret blev der gjort opmærksom på dette, og flere nævnte, at de opfattede den psykiatriske behandlingsplan, som udelukkende er et internt redskab i psykiatrien. Samtidig blev der dog også gjort opmærksom på, at der sker store videnstab ved udskrivning fra indlæggelse, og at planer og erfaringer omkring den psykiatriske behandling ikke videreføres i tilstrækkelig grad til andre aktører.

Eftersom det for mange primært er et internt redskab for de psykiatriske centres funktioner, er det overraskende, at der – ifølge den kvantitative del af undersøgelsen - er så mange i kommunerne, der trods alt kender til behandlingsplanen og inddrager den. Samtidig kan det være med til at forklare den noget blandede vurdering af redskabet i kommunerne.

Opsamlende kan det siges, at hvis den psykiatriske behandlingsplan skal indfri det potentiale, der ligger i, at mange funktioner kender og inddrager behandlingsplanen i såvel regionale som kommunale funktioner, så skal det tydeliggøres, at planen kan anvendes som tværgående koordineringsredskab – hvis der kan skabes opbakning til dette.

⁶ Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger

7.1.6 Opsamling

Samlet set er det oplagt at arbejde videre med en bredere anvendelse af PSP-samarbejdet og behandlingsplanen for misbrugsbehandlingen som bredt koordinerende redskaber. I forhold til begge redskaber kræver det ændringer i forhold til den nuværende praksis i brugen af redskabet.

Åben dialog er det værd at undersøge nærmere. Kendskabet og anvendelsen er pt. begrænset, og det begrænser naturligvis det umiddelbare potentiale i at anvende metoden som koordineringsredskab. Alligevel betyder den positive vurdering, at der bør arbejdes videre med dette perspektiv.

Der er to store barrierer i at anvende udskrivningsaftalerne som centrale koordineringsredskaber. For det første anvendes redskabet ikke i forhold til særligt mange borgere – hverken i regionerne eller i kommunerne. Dette skyldes formodentlig at redskabet kun ses som relevant i forhold til en begrænset del af målgruppen. For det andet vurderes redskabet meget blandet af de kommunale funktioner.

Den psykiatriske behandlingsplan er bredt kendt og inddrages i høj grad i koordineringsarbejdet i de psykiatriske centres funktioner. I de kommunale funktioner inddrages behandlingsplanen sjældnere, og værdien som koordineringsredskab vurderes – som med udskrivningsaftalen - meget blandet. Opfattelsen af den psykiatriske behandlingsplan som et internt redskab for den regionale psykiatriske behandling udgør en stor barriere for en bredere anvendelse af redskabet som tværgående koordineringsredskab.

Ud over anvendelsen af koordineringsredskaber peges der i den kvalitative del af undersøgelsen på en række elementer, der kan styrke en sammenhængende indsats på tværs af region og kommune. Det drejer sig om følgende:

- Særligt fokus på overgange mellem sektorer
- Styrke videndeling mellem aktører
- Nedbrydning af sektor- og faggrænser
- Tydelig opgave- og ansvarsfordeling
- Tydelige og forpligtende rammer for samarbejdet
- Fælles tilgang og forståelse for problem og mål. Her nævnes blandt andet rehabilitering som en fælles forståelsesramme.
- Øget fokus på at afholde jævnlige interorganisatoriske møder – både på sags- og generelt niveau.

7.2 Koordinering internt i kommunerne

Også mellem de kommunale funktioner er det en udfordring at koordinere indsatsen. For eksempel peges der – i den kvalitative del af undersøgelsen – på, at samarbejdsrelationerne mellem følgende aktører i kommunerne bør styrkes:

- Visitationen på socialområdet,
- sagsbehandlerne i jobcenteret,
- misbrugskonsulenterne og
- udførerne i socialpsykiatrien.

Det understreges, at koordineringsredskaber ikke er nok i sig selv – de tættere samarbejdsrelationer skal også skabes gennem organiseringen af området.

Der peges også på, at det for mange aktører, kan være svært at gennemskue, hvem der skal kontaktes i forhold til samarbejdet omkring en konkret borger. Særligt peger repræsentanter for den regionale behandlingspsykiatri på, at der er behov for en case manager i kommunerne.

Der efterlyses endvidere hurtigere sagsbehandling i kommunerne.

7.2.1 Kommunal koordinator

En kommunal koordinator er en kommunalt ansat medarbejder med særligt ansvar for at koordinere indsatsen i et konkret borgerforløb. En sådan funktion kan hedde forskellige ting i de forskellige kommuner: En koordinerende kontaktperson, en case manager, en tovholder eller lignende. Der er intet lovkrav om en overordnet tværgående, så i det omfang ordningerne eksisterer og anvendes, er det lokalt udviklede roller.

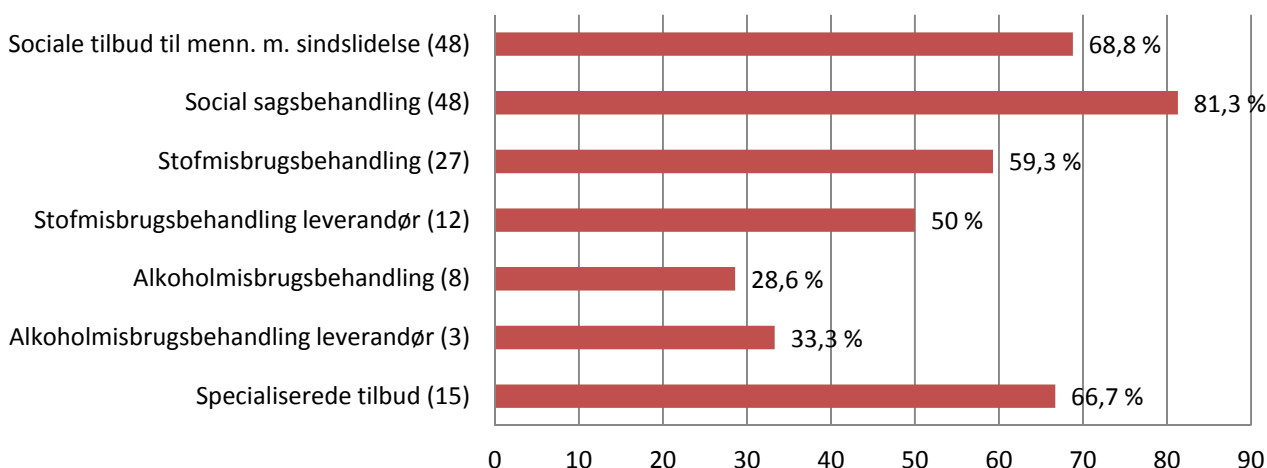
Kendskabet til kommunal koordinator

Kendskabet til en kommunal koordinator varierer meget henover de forskellige kommunale såvel som regionale funktioner. Nok ikke så overraskende er kendskabet til en kommunal koordinator mest udbredt blandt de funktioner der varetager den generelle sociale sagsbehandling. Ofte vil det være her koordinatorroller er forankret, og en del kommunale sociale sagsbehandlere ser nok også sig selv, som havende en tovholderfunktion.

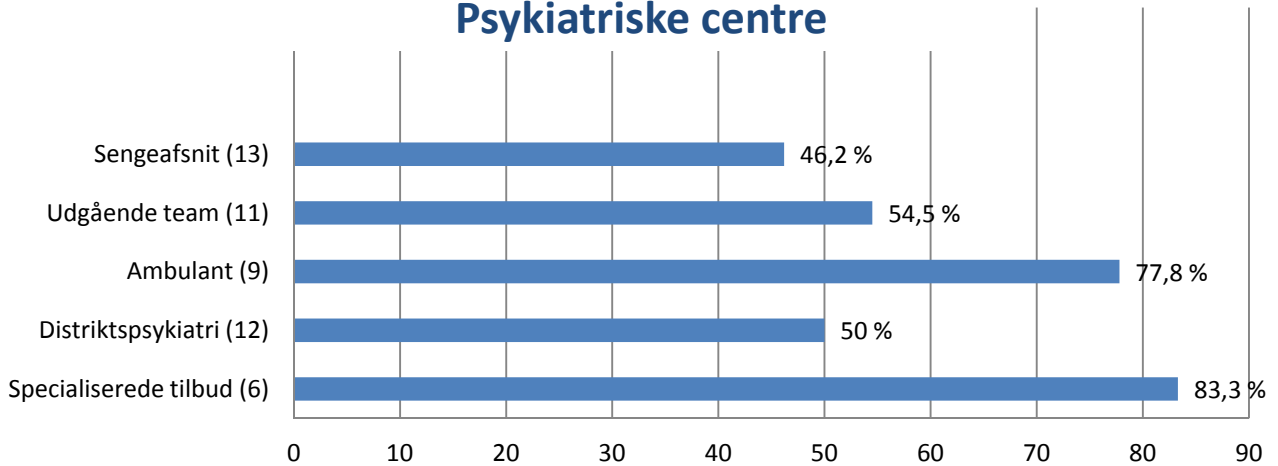
Kendskabet er generelt lidt lavere i de regionale funktioner – igen nok ikke så overraskende. Dog skal det bemærkes at de specialiserede tilbud og de ambulante funktioner har et relativt højt kendskab til kommunal koordinator.

Kendskab til kommunal koordinator

Kommuner



Kendskab til kommunal koordinator Psykiatriske centre

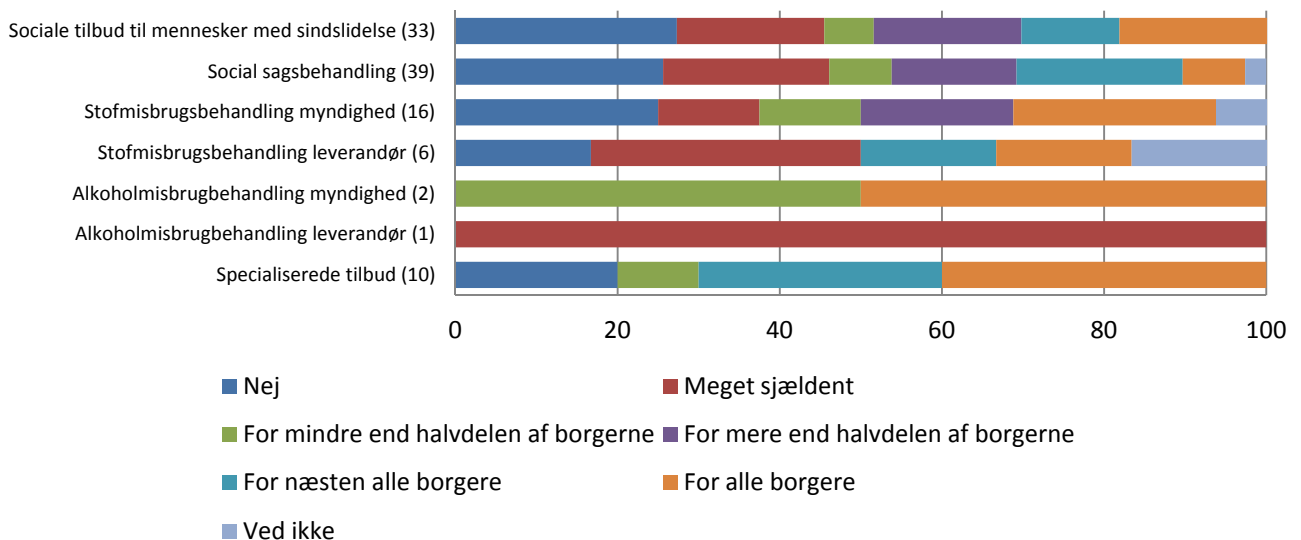


Inddragelsen af kommunal koordinator

Inddragelsen af en kommunal koordinator er meget varieret - også inden for de enkelte typer af funktioner. Således er det bemærkelsesværdigt at der for de tre øverste funktioner i diagrammet herunder, er en relativt stor gruppe (godt en fjerdedel), der ikke inddrager en kommunal koordinator, mens en kommunal koordinator inddrages for mindst halvdelen af borgerne i ca. halvdelen af kommunerne.

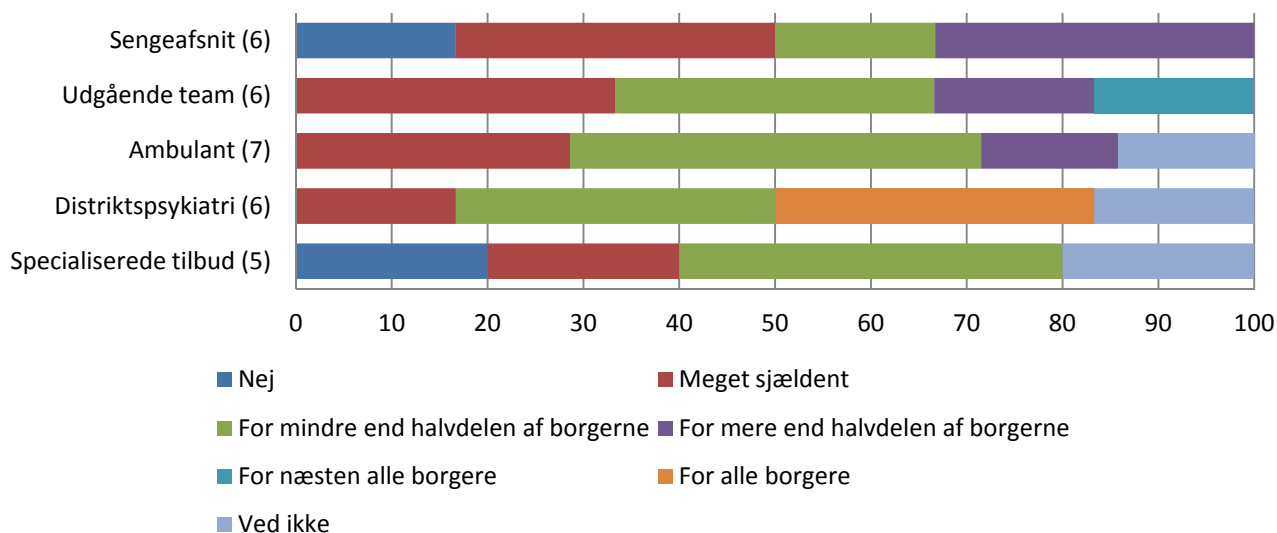
De specialiserede tilbud inddrager en kommunal koordinator for næsten alle borgere eller alle borgere i 70 % af tilbuddene.

Inddragelse af kommunal koordinator Kommuner



Også i de regionale funktioner er inddragelsen meget ujævn – og generelt mindre end i kommunerne. Dette er ikke overraskende, da der jo netop er tale om en kommunalt ansat koordinator. Dog skal det bemærkes, at en tredjedel af de distriktspsykiatriske funktioner inddrager en kommunal koordinator i koordineringsarbejdet for alle borgere.

Inddragelse af kommunal koordinator Regioner

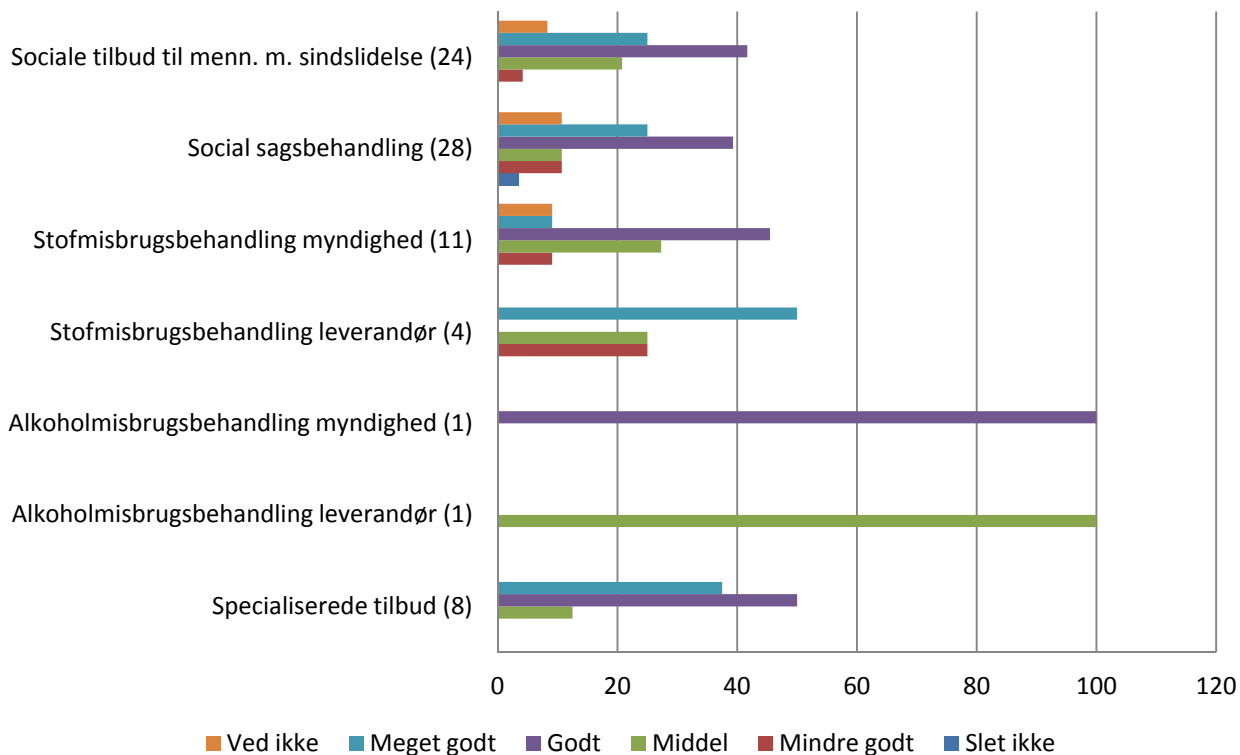


Vurderingen af kommunal koordinator

Det er bemærkelsesværdigt, at en kommunal koordinator er det redskab, der gennemsnitligt vurderes bedst af samtlige 14 redskaber. Vurderingen er generelt positiv, men mest varierende i misbrugsbehandlingsfunktionerne. Funktionerne i de psykiatriske centre er mere skeptiske i forhold til værdien af de kommunale koordinatører, men alligevel med en overvejende positiv vurdering i sengeafsnittene, de udgående teams og distriktspsykiatrien.

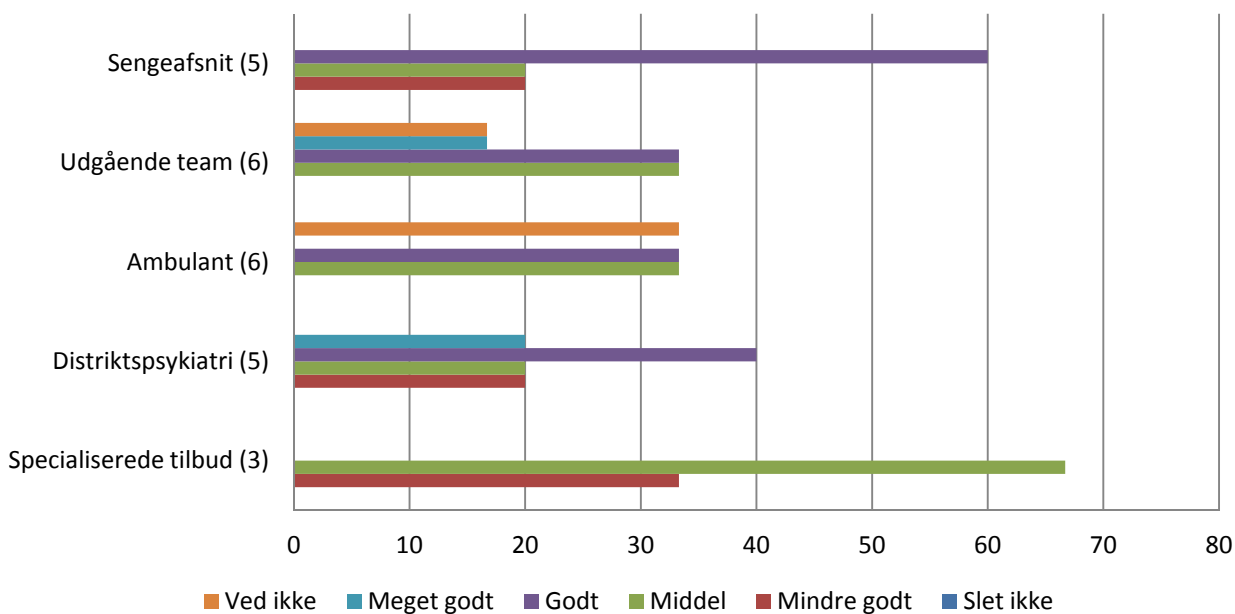
Vurdering af kommunal koordinator

Kommuner



Vurdering af kommunal koordinator

Regioner



Generelt varierer kendskabet og anvendelsen af de kommunale koordinører meget i såvel kommuner som regioner. Det er nærliggende at forstå denne mangel på systematik i kendskab og inddragelse som udtryk for at, der ikke er nogen generel regulering af redskabet, og at substansen varierer fra kommune til kommune. Det er derfor også interessant, at redskabet vurderes så positivt, som det bliver – særligt i kommunerne. Det er også værd at notere sig, at redskabet i nogen grad inddrages i de regionale funktioner, selvom det er et kommunalt forankret redskab.

Også de kvalitative input peger på den positive effekt af en kommunal koordinatorkonktion. Dette med henblik på en tydeligere ansvarsplacering, så det undgås at borgeren ”falder mellem to stole” og bliver ”kastebold mellem systemerne”. Også fra repræsentanter for behandlingspsykiatrien peges der på potentialet ved at indføre en fast kommunal koordinatør, da det ville lette adgangen til og udvekslingen af information med det kommunale system – og dermed styrke den samlede koordinering af indsatsen.

7.2.2 Social handleplan

I Servicelovens § 141 stk. 2 nr. 1 fremgår det, at kommunen skal tilbyde handleplan til: *personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.*

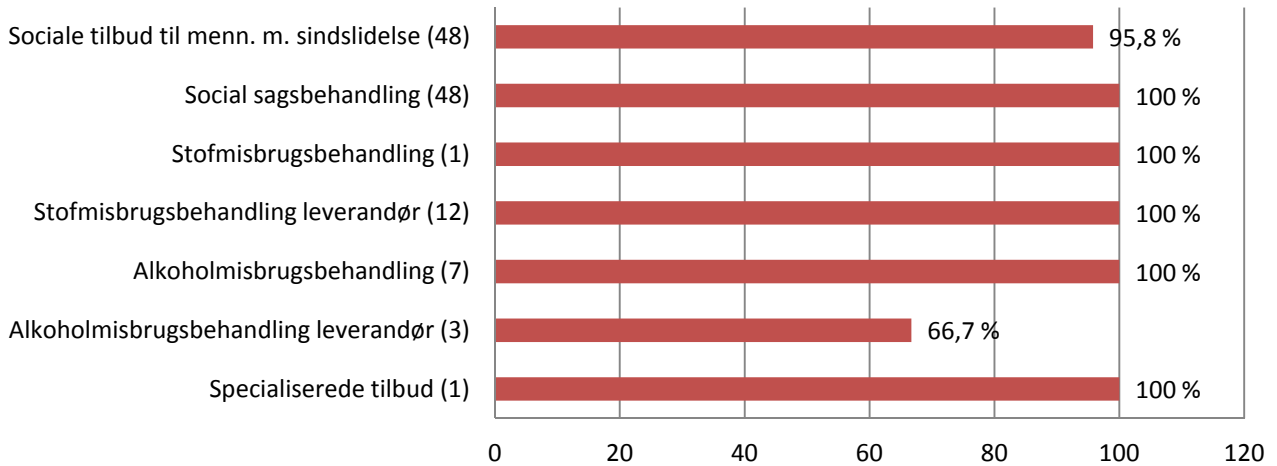
Det er vores erfaring, at der er stor forskel på i hvor høj grad de sociale handleplaner udarbejdes, i forhold til hvilke borgere og med hvilken detaljeringsgrad. Med indførelsen af Voksenudredningsmetoden har flere kommuner valgt, at den sociale handleplan udarbejdes som et led i denne – og der bliver dermed lidt større ensartethed i udarbejdelsen og anvendelsen af disse.

Kendskabet til social handleplan

Blandt kommunerne har næsten alle funktioner hørt om den sociale handleplan. Det gælder for 100 % af de sociale sagsbehandlinger, stofmisbrugsbehandling på myndighedsniveau, stofmisbrugsbehandling på leverandørniveau, alkoholmisbrugsbehandling på myndighedsniveau og specialiserede tilbud. Det gælder ligeledes for knap 96 % af de sociale tilbud til mennesker med sindslidelse, mens det gælder for 2/3 af alkoholmisbrugsbehandlingen på leverandørniveau.

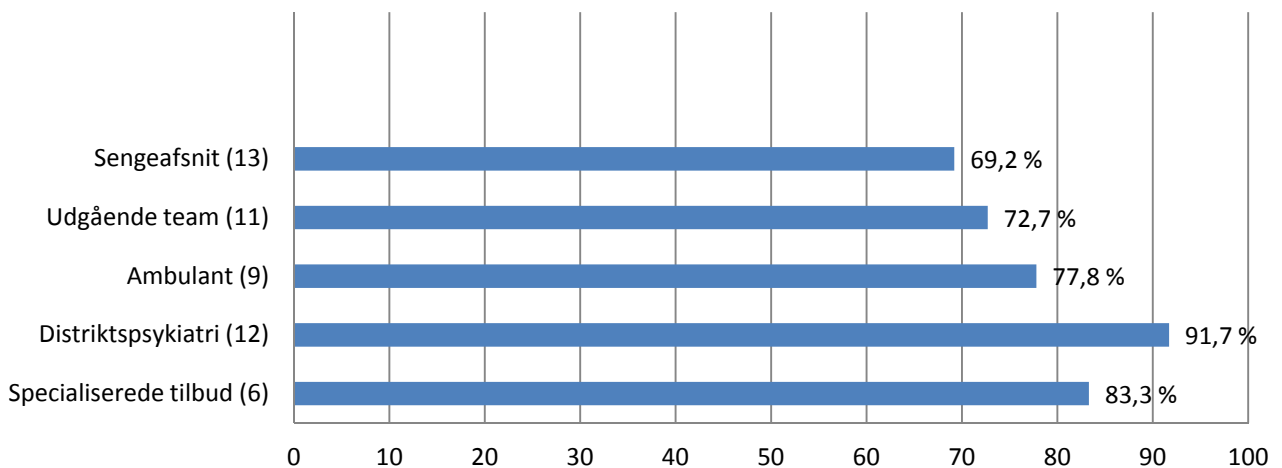
Det udbredte kendskab til den sociale handleplan er ikke overraskende set i forhold til det eksplicite lovkrav. I forhold til alkoholbehandlingen (med det lidt ringere kendskab til redskabet) er det værd at bemærke, at alkoholbehandling kan tilbydes anonymt, hvorfor der ikke er krav om en social handleplan i forhold til dette.

Kendskab til social handleplan Kommuner



Der er ikke helt så mange, der har hørt om den sociale handleplan blandt de psykiatriske centre, om end det stadig er langt de fleste, der svarer, at de har kendskab til dette redskab. Der er flest fra distriktpsychiatrien (knap 92 %), der har kendskab til den sociale handleplan, mens der er færrest fra sengeafsnittene (69 %).

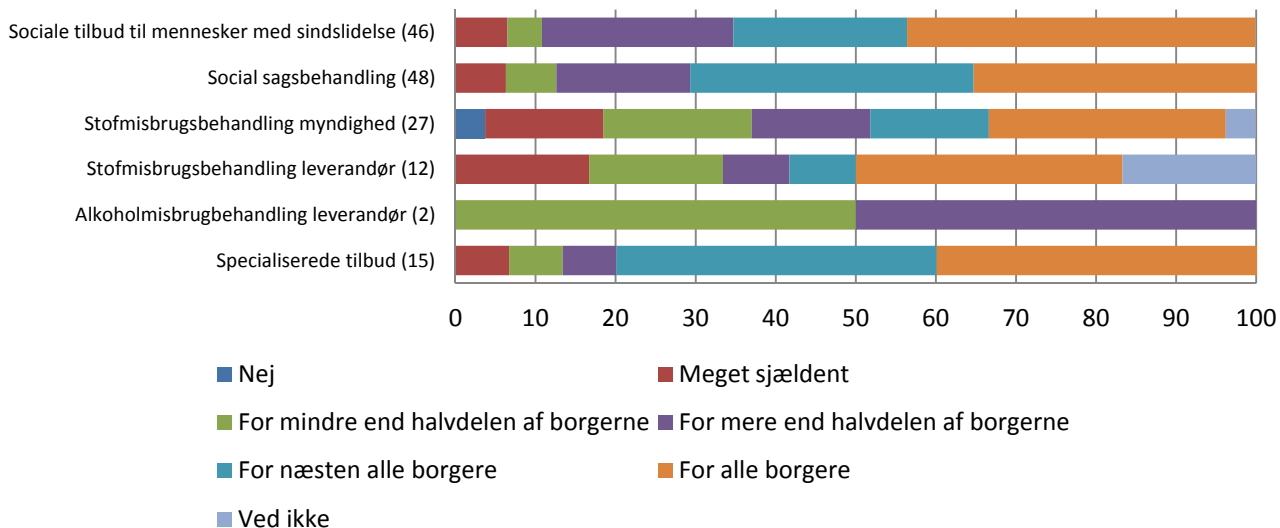
Kendskab til social handleplan Psykiatriske centre



Inddragelsen af social handleplan

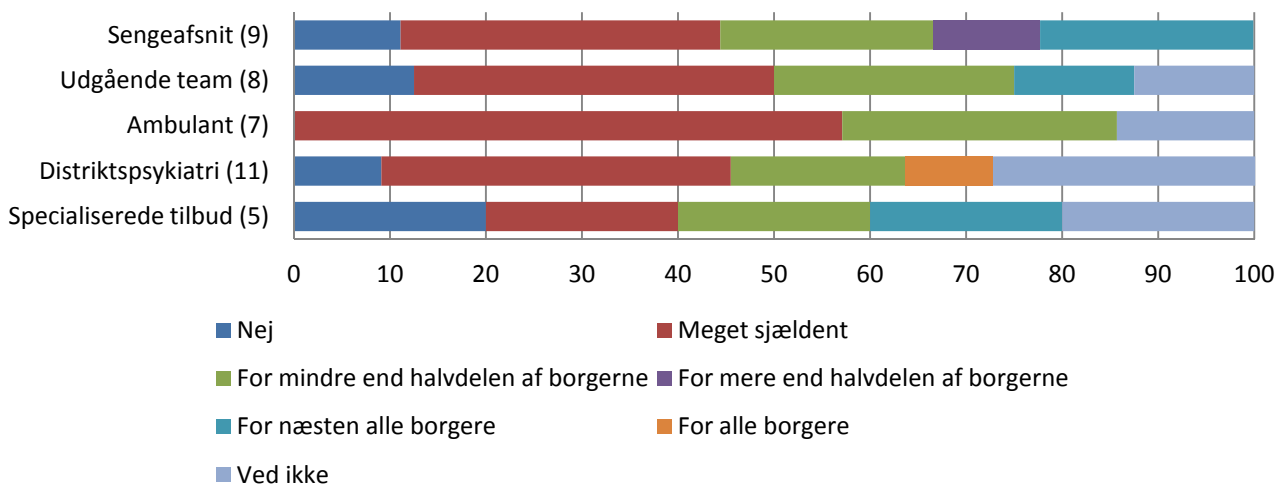
Kommunernes besvarelser tyder på en udbredt inddragelse af den sociale handleplan i koordineringen af indsatsen. Især de specialiserede tilbud, de sociale tilbud og den sociale sagsbehandling har en stor andel på mellem 86 % og 89 %, der svarer, at de inddrager den sociale handleplan enten for alle, de fleste eller mere end halvdelen af alle borgere.

Inddragelse af social handleplan Kommuner



Blandt de psykiatriske centre er inddragelsen af den sociale handleplan mindre udbredt. Her er udbredelsen størst blandt sengeafsnit og specialiserede tilbud, hvor henholdsvis $\frac{1}{3}$ og $\frac{1}{2}$ benytter redskabet for enten mere end halvdelen af borgerne eller de fleste borgere. Bemærkelsesværdigt, at sengeafsnittene, som har det mindst udbredte kendskab til den sociale handleplan, er den type af funktion, der oftest inddrager handleplanen i koordineringsarbejdet.

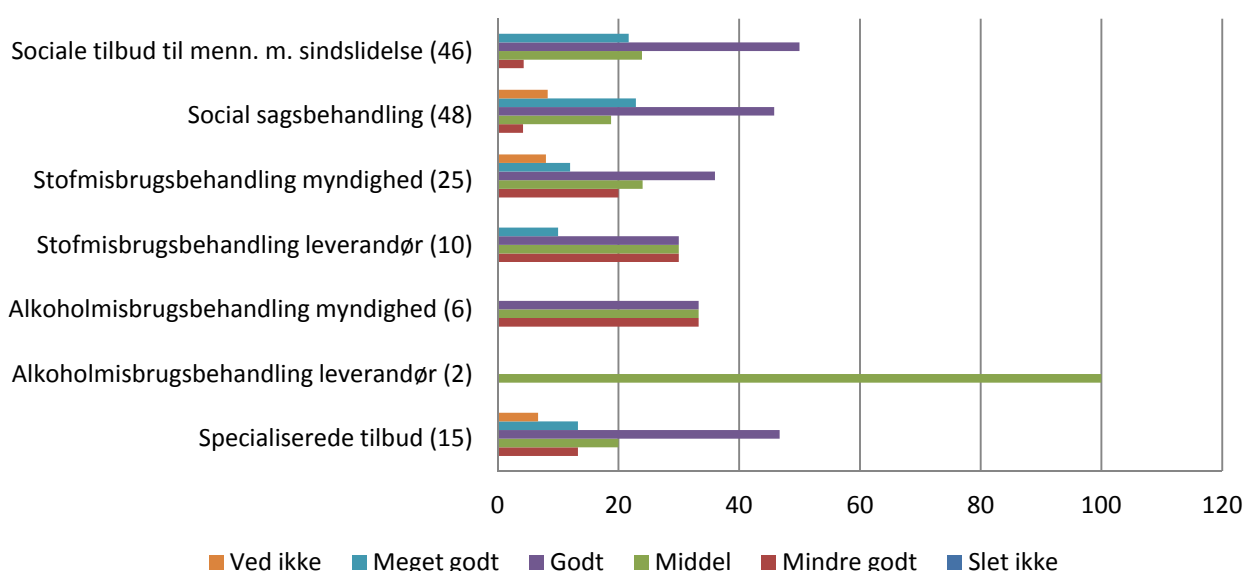
Inddragelse af social handleplan Psykiatriske centre



Vurderingen af social handleplan

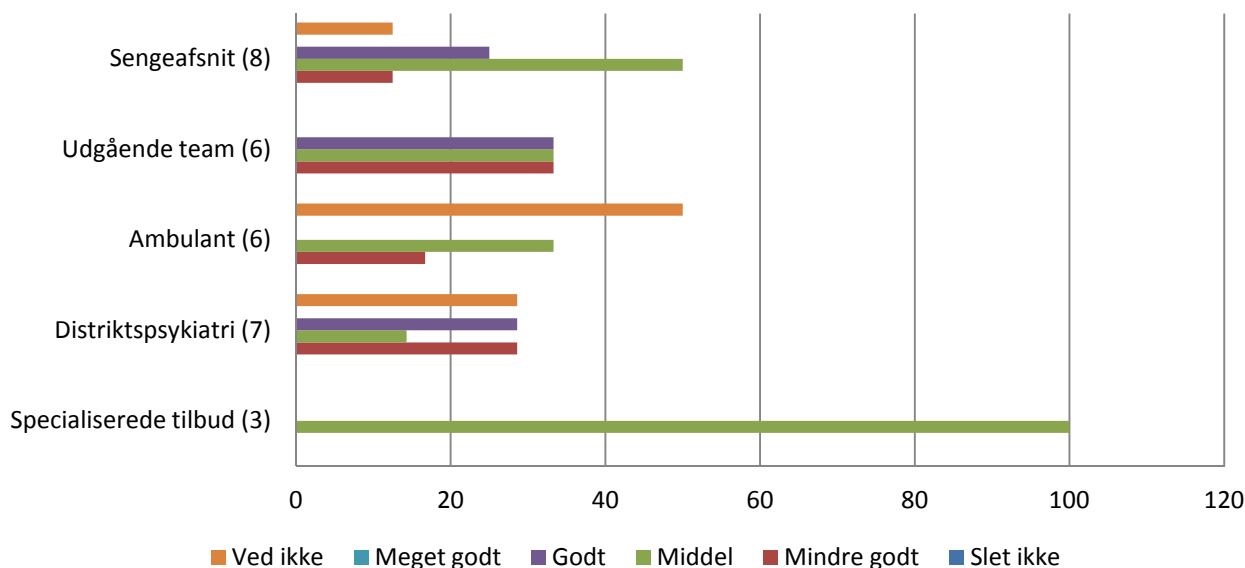
Vurderingerne af, hvordan den sociale handleplan fungerer, er forholdsvis blandede de forskellige kommunale typer af funktioner imellem, om end de er overvejende positive. Blandt de sociale tilbud, social sagsbehandling, stofmisbrugsbehandling på myndighedsniveau og de specialiserede tilbud er der en overvægt af kommuner, der vurderer redskabet til enten at være godt eller meget godt, mens stofmisbrugsbehandling på leverandørniveau og alkoholmisbrugsbehandling på myndighedsniveau også har en betydelig andel, der svarer, at redskabet enten fungerer middelgodt eller mindre godt. De to tilbud, der varetager alkoholmisbrugsbehandling på leverandørniveau, og som har svaret, at de inddrager redskabet i arbejdet, har begge svaret, at de vurderer, at det fungerer middelgodt.

Vurdering af social handleplan kommuner



Blandt de psykiatriske centre er vurderingerne af den sociale handleplan ikke ligeså udbredt positive som blandt de kommunale afdelinger. De tre specialiserede tilbud, som har svaret, at de inddrager redskabet i arbejdet, svarer, at de vurderer, at den sociale handleplan fungerer middelgodt, mens det samme gør sig gældende for halvdelen af sengeafsnittene, hvor knap 30 % synes, at den fungerer godt. Blandt de udgående teams er der lige mange, der synes at redskabet fungerer godt, middelgodt og mindre godt, dvs. 33,3 %. Blandt de ambulante funktioner svarer ca. halvdelen, at de ikke ved, hvor godt redskabet fungerer, mens ca. 35 % synes, det fungerer middelgodt og knap 20 %, at det fungerer mindre godt. I distriktpsychiatrien synes 30 %, at redskabet fungerer godt, knap 20 % at det fungerer middelgodt og 30 % at det fungerer mindre godt.

Vurdering af social handleplan psykiatriske centre



Der er generelt et stort kendskab til handleplanerne – ikke overraskende størst hos kommunerne, hvor redskabet udspringer fra. De sociale handleplaner inddrages desuden i væsentligt højere grad i kommunerne end i regionerne, hvor der er en væsentlig procentdel, der kun meget sjældent inddrager planerne i koordineringsarbejdet.

Der er flere funktioner, der i fritekst i spørgeskemaet har peget på pædagogiske planer som et koordinerende redskab de ligeledes anvender. I et telefoninterview med en ekspert blev der endvidere gjort opmærksom på, at det i praksis ikke altid er således, at planerne er sammenhængende – det vil sige, at dem, der laver den ene plan ikke nødvendigvis læser eller forholder sig til den anden. Dette afspejles ligeledes i vurderingerne fra spørgeskemaundersøgelserne, som skitseret ovenfor. Her ses, at den sociale handleplan særligt vurderes som et godt redskab af sociale tilbud og den sociale sagsbehandling. Dette er de funktioner, der oftest udarbejder eller udmønter den sociale handleplan, hvorfor det kan forventes, at de vurderer det som et godt koordineringsredskab.

På fortolkningsseminaret blev der endvidere gjort opmærksom på, at det ikke nødvendigvis er den, der kender borgeren bedst, der udarbejder den sociale handleplan. Dette kan medføre, at den bliver lidt distanceret fra praksis. Handleplanerne anvendes desuden vidt forskelligt fra kommune til kommune, hvilket gør det vanskeligt for regionerne at arbejde systematisk med inddragelse af sociale handleplaner. Når handleplanen anvendes "rigtigt" – det vil sige inddrager borgeren og samarbejdspartnerne, vurderes det som et godt redskab til at danne overblik og sikre, at alle de relevante parter inddrages.

7.3 Koordinering internt blandt de psykiatriske funktioner

7.3.1 Koordinationsplan

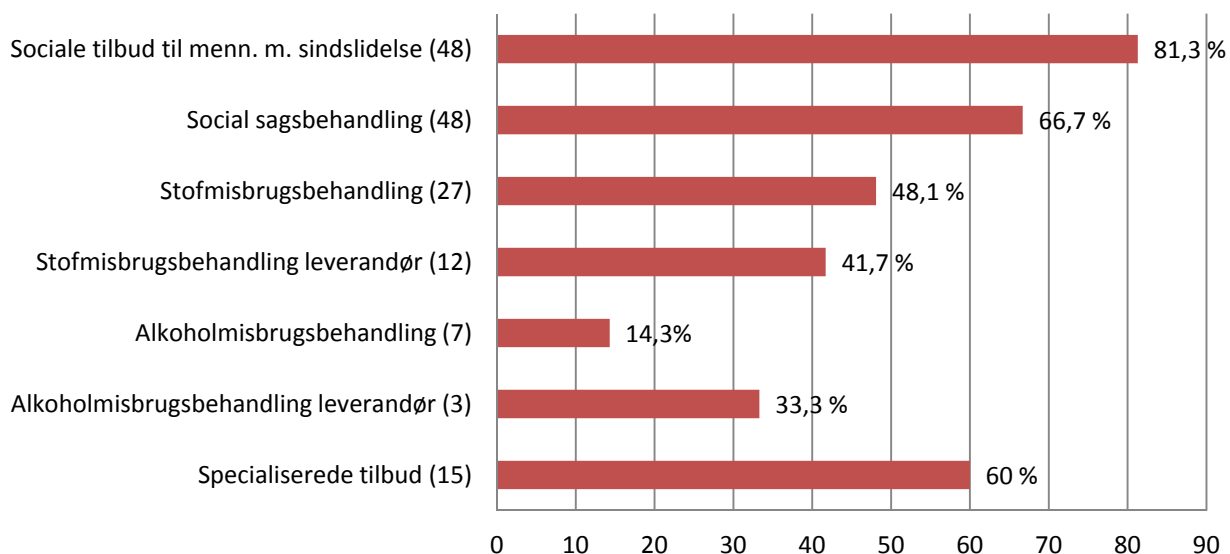
En koordinationsplan udarbejdes i stedet for en udskrivningsaftale i de tilfælde, hvor patienten ikke ønsker at medvirke i en udskrivningsaftale. Ligesom ved udskrivningsaftalerne har koordinationsplanen til formål at bidrage til at fastholde patienter i behandlingsforløb efter udskrivning. Koordinationsplanen indeholder en plan for opfølgning, behandling og sociale tilbud, som indgås mellem den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder.

Kendskabet til koordinationsplan

Der er stor forskel på kendskabet til koordinationsplanerne i kommunerne. Her er der 14 % af alkoholmisbrugsbehandlingen på myndighedsniveau, som har hørt om koordinationsplanerne, mens 81 % af de sociale tilbud har hørt om koordinationsplanerne. Generelt er det misbrugsbehandlingsfunktionerne, der har det mindste kendskab til koordinationsplanerne.

Kendskab til koordinationsplan

Kommuner



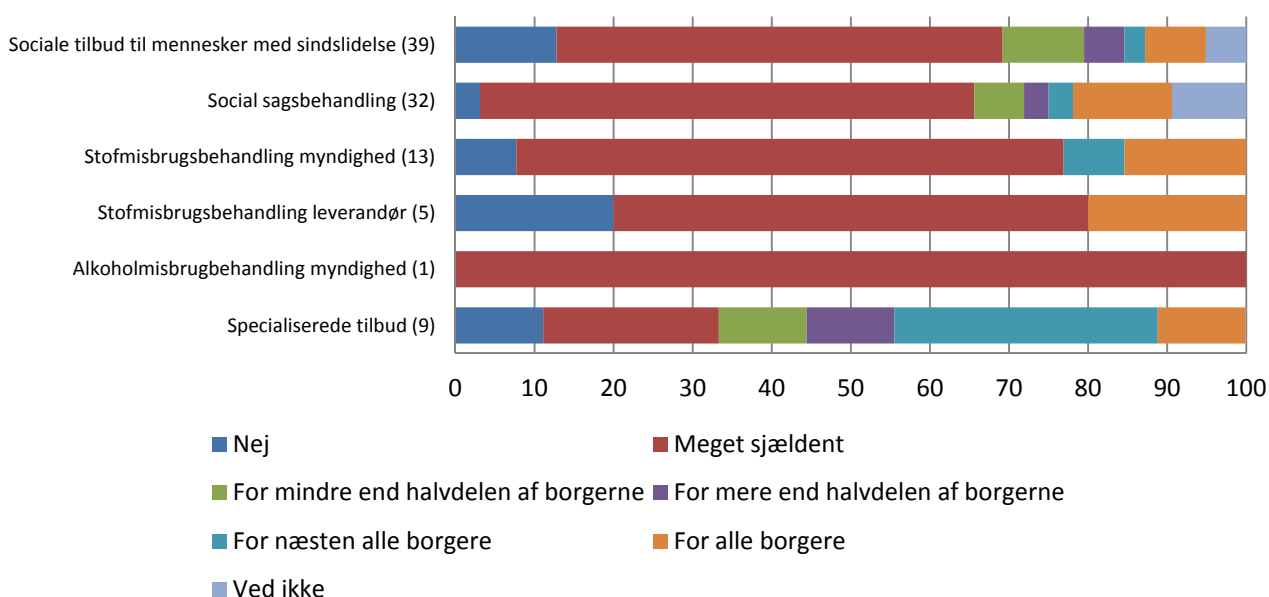
I psykiatrien er det derimod samtlige funktioner, der har hørt om koordinationsplanerne. Denne skævhed i kendskabet til koordinationsplanen betyder, at potentialet for at anvendes redskabet som koordineringsredskab, er langt større blandt de regionale funktioner, end blandt de kommunale.

Inddragelsen af koordinationsplan

Besvarelserne tyder ikke på en udbredt anvendelse af koordinationsplaner i hverken kommunerne eller de psykiatriske centre. I kommunerne svarer langt de fleste, af dem der kender koordinationsplanerne, at de meget sjældent inddrager dem. Blandt de specialiserede tilbud, er der flest, der svarer, at de inddrager

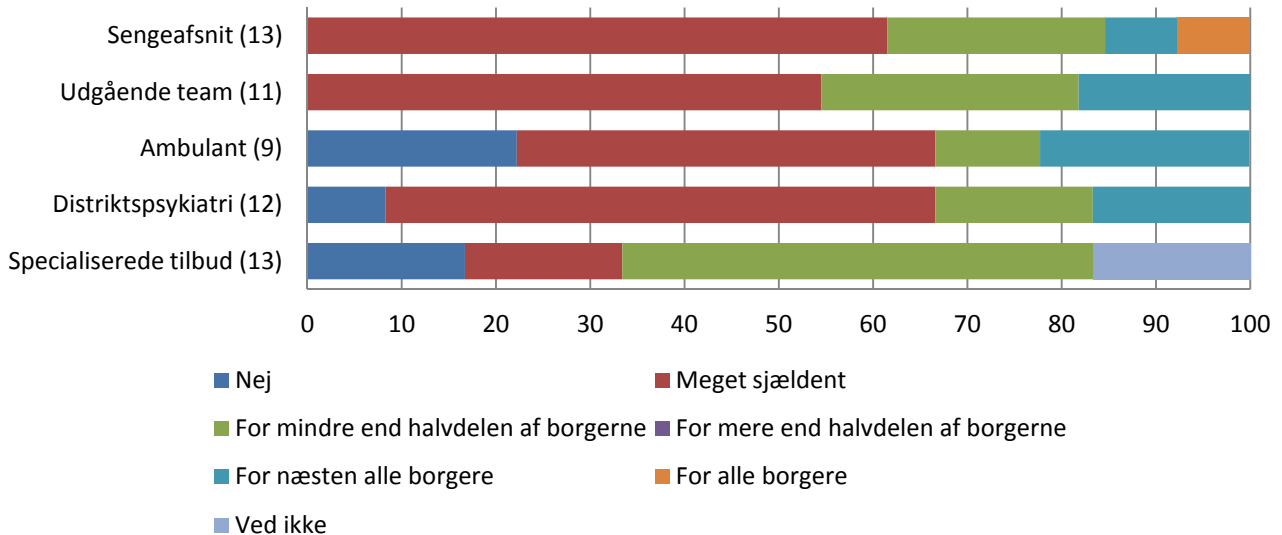
koordinationsplaner for mindre end halvdelen af borgerne. Samtidig er der en del funktioner, inden for alle typer af funktioner (undtagen en enkelt alkoholbehandlingsfunktion), der svarer, at de inddrager koordinationsplanen for alle borgere. Dette er overraskende, da det kun er en mindre del af målgruppen der bliver udarbejdet koordinationsplaner for. Dette kunne tyde på, at besvarelserne af dette spørgsmål blandt de kommunale aktører er vedhæftet nogen usikkerhed. Dette blev underbygget på fortolkningsseminaret, hvor flere kommunale repræsentanter fremhævede, at man ikke kendte til koordinationsplanen i kommunerne – og ikke kendte til distinktionen mellem udskrivningsaftale og koordinationsplan.

Inddragelse af koordinationsplan Kommuner



Blandt de psykiatriske centre er der ligeledes flest, der svarer, at de enten meget sjældent eller for mindre end halvdelen af borgerne inddrager koordinationsplaner i koordineringsarbejdet. Samtidig er der dog også flere funktioner, der svarer, at de inddrager redskabet for næsten alle borgere. Det er således meget ujævnt, hvordan redskabet inddrages i de psykiatriske centre. Den lave inddragelse er ikke overraskende set i forhold til, at det kun er en mindre del af målgruppen, som det er relevant at udarbejde en koordinationsplan for.

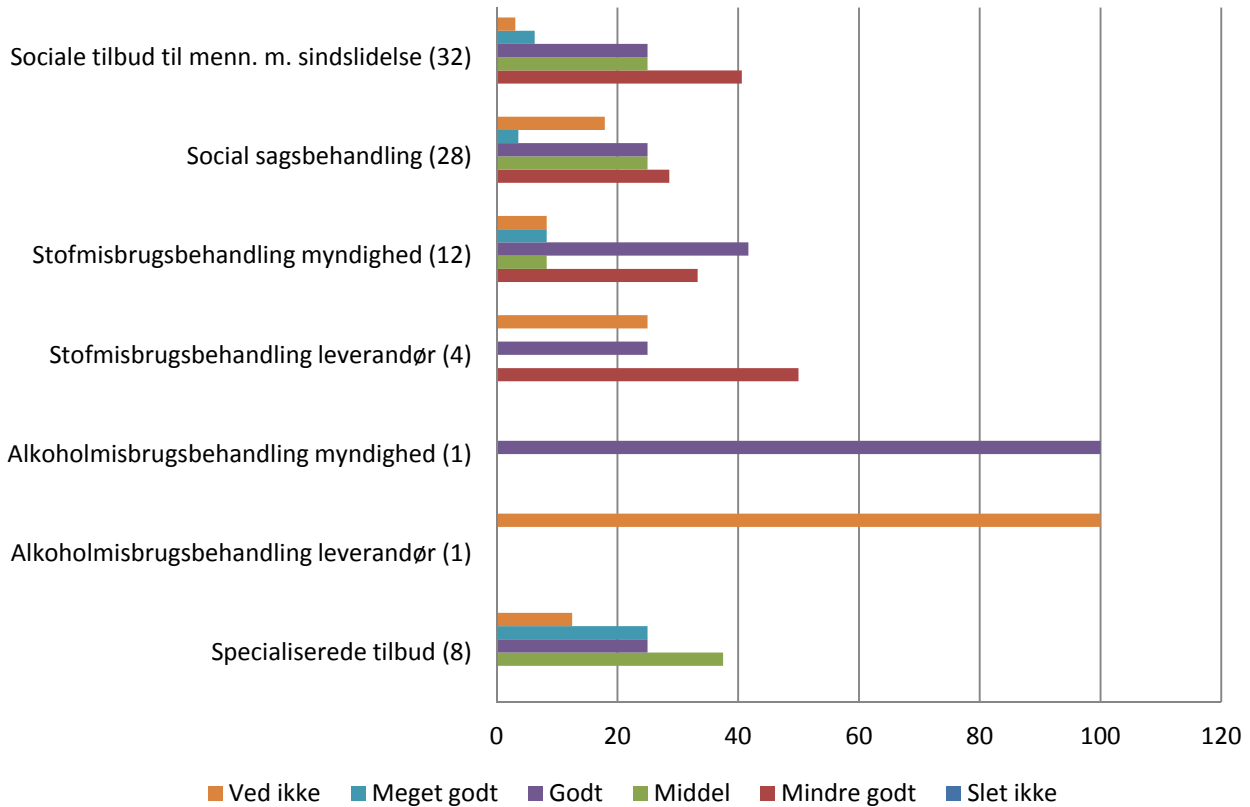
Inddragelse af koordinationsplan Psykiatriske centre



Vurdering af koordinationsplan

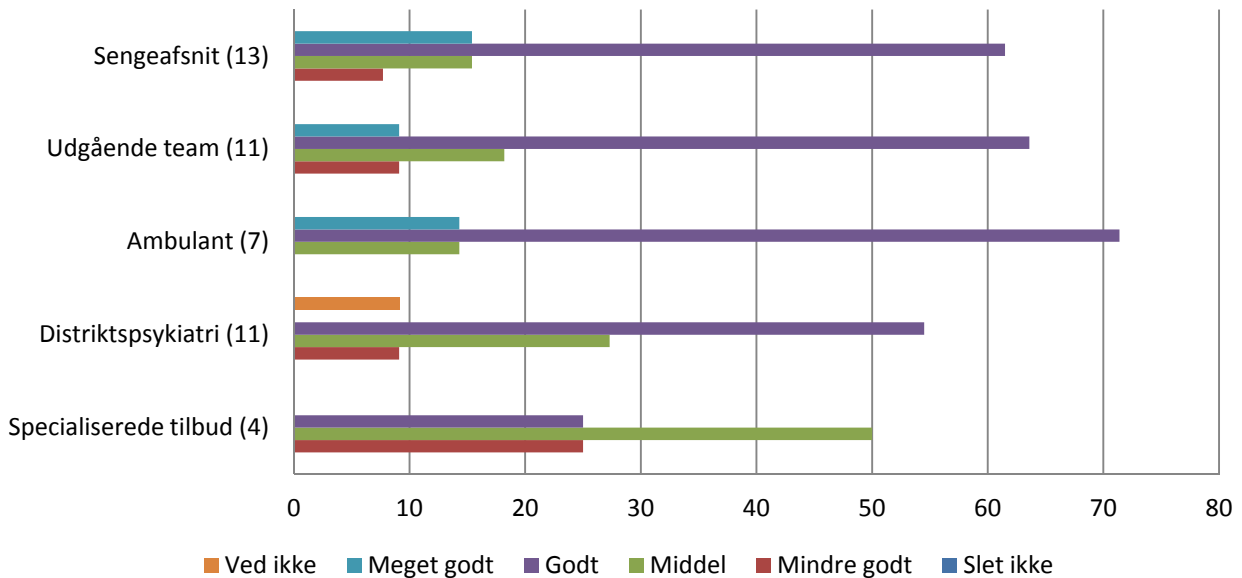
Der er ikke noget entydigt billede, når det kommer til vurderingerne af, hvor godt koordinationsplanerne fungerer i kommunerne. Blandt de sociale tilbud, social sagsbehandling og stofmisbrugsbehandling på leverandørniveau er der flest, der svarer, at de fungerer mindre godt, mens der hos stofmisbrugsbehandling på myndighedsniveau er flest, der svarer, at de fungerer godt. Alkoholmisbrugsbehandling har kun været repræsenteret med én funktion, (da der kun var én afdeling, der havde hørt om koordinationsplaner). Denne funktion har svaret, at planerne fungerer godt, mens alkoholmisbrugsbehandling på leverandørniveau, af samme årsager, også kun har været repræsenteret med én funktion, som har svaret "ved ikke" til spørgsmålet. Blandt de specialiserede tilbud er der flest, der svarer, at redskabet fungerer middeld godt, mens der dog også er en betydelig del, der mener, at det fungerer godt eller meget godt.

Vurdering af koordinationsplanen kommuner



Blandt de psykiatriske afdelinger er der en generel positiv vurdering af koordinationsplanerne. Blandt sengeafsnit, udgående teams, ambulante tilbud og distrikpsykiatri har langt de fleste afdelinger vurderet koordinationsplanen til enten at være god eller meget god. De specialiserede tilbud skiller sig ud, idet halvdelen af tilbuddene indenfor denne kategori vurderer koordinationsplanen til at være middelgod, og en fjerdedel vurderer den til at være mindre god.

Vurdering af koordinationsplanen psykiatriske centre



Som nævnt tidligere udarbejdes en koordinationsplan i de tilfælde, hvor borgeren ikke ønsker, at der udarbejdes en udskrivningsaftale, men den behandlende psykiater alligevel vurderer, at der er behov for inddragelse af samarbejdspartnere i forhold til at koordinere indsatsen efter udskrivning. Det vil sige, at for at en koordinationsplan kan leve op til sit formål, skal den være kendt og anvendt af andre end de psykiatriske funktioner, hvilket tallene i denne undersøgelse ikke tyder på er tilfældet. Dog skal det understreges, at koordinationsplanen udelukkende er for de borgere, der ikke ønsker at medvirke til en udskrivningsaftale, hvilket indsnævrer målgruppen.

Det er værd at bemærke, at udskrivningsaftalen markerer sig ved at være anvendt og positivt vurderet af både kommuner og regioner. Til gengæld er koordinationsplanen hverken anvendt eller positivt vurderet i lige så høj grad af kommunerne som regionerne. Dette til trods for, at koordinationsplanen træder i stedet for en udskrivningsaftale i de tilfælde, hvor borgeren ikke ønsker at deltage, og det derfor kunne forventes, at koordinationsplanen bliver vurderet på samme niveau som udskrivningsaftalen.

Koordinationsplanens potentiale som koordinerende redskab begrænses af det begrænsede – og usikre – kendskab til redskabet ud over de regionale funktioner. Det er vigtigt, at se på potentialet i sammenhæng med udskrivningsaftalerne – og med den begrænsede målgruppe for disse.

7.3.2 Regional koordinator

En regional koordinator er en regionalt ansat medarbejder med særligt ansvar for at koordinere indsatsen i konkrete borgerforløb. En koordinator kan lette borgerens overgang mellem de forskellige aktører ved at koordinere den støtte og hjælp, som psykiatrien, kommunen og andre aktører giver borgeren. En sådan funktion har forskellige benævnelser i forskellige regioner og psykiatriske centre. Det kan for eksempel være case manager, forløbskoordinator eller lignende.

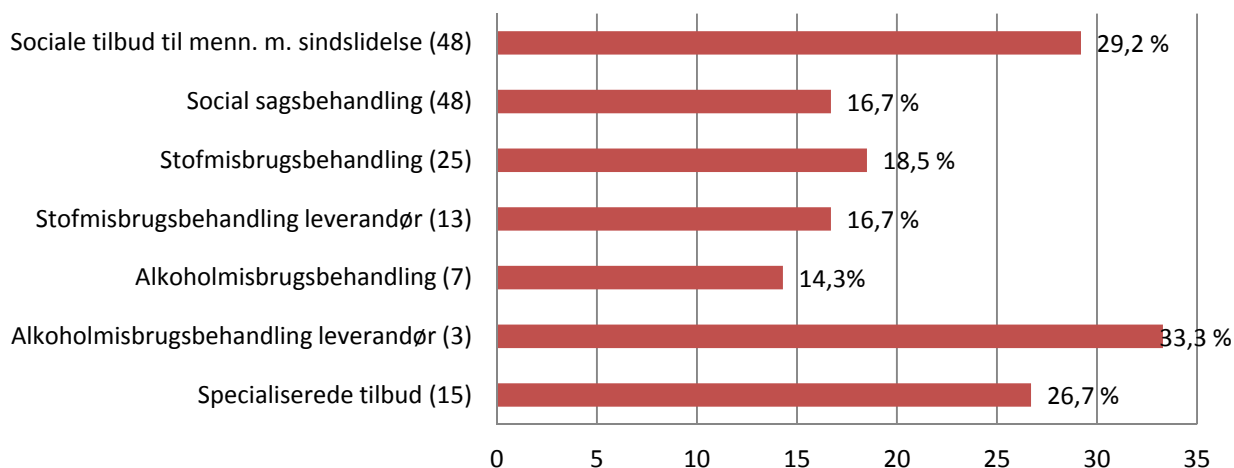
Koordinatorrollen er – ligesom den kommunale koordinator- lokalt udviklet og uden central regulering. Der er også – ligesom med den kommunale koordinator – regioner, hvor der ikke anvendes denne form for koordinering.

Kendskabet til regional koordinator

Det fremgår tydeligt af tallene for de kommunale funktioners kendskab til den regionale koordinator, at det ikke er et meget udbredt koordineringsredskab. Hos de typer af funktioner, der har det største kendskab til en regional koordinator, er det kun ca. en tredjedel af funktionerne, der har hørt om en sådan. Det gælder for flere typer af funktioner, at det er mindre end en femtedel af funktionerne, der kender til redskabet.

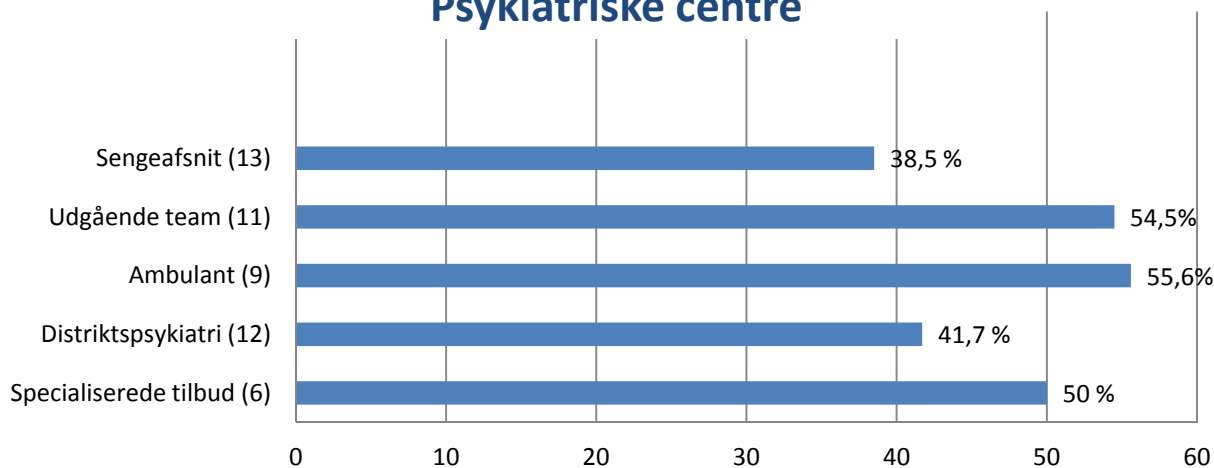
Kendskab til regional koordinator

Kommuner



Ikke overraskende er kendskabet til en regional koordinator større i de regionale funktioner – men også her er kendskabet begrænset. Hvilket kan begrundes med, at rollen ikke eksisterer i alle psykiatriske centre. Kendskabet blandt de psykiatriske funktioner ligger på ca. 50 %. Lavest er kendskabet blandt sengeafsnitene – formodentlig fordi koordineringsbehovet er mindst mens borgeren er indlagt.

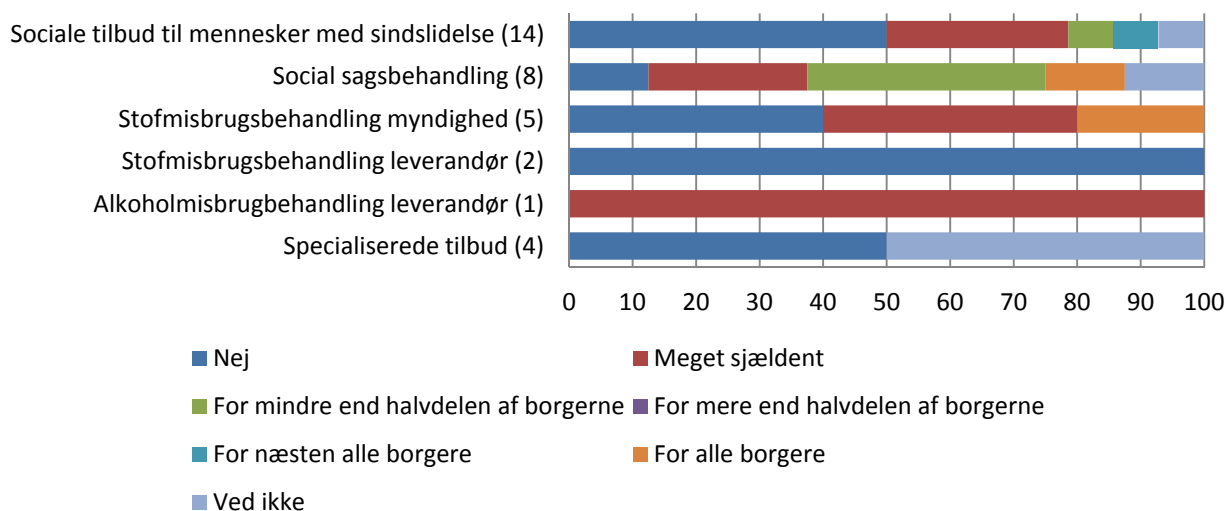
Kendskab til regional koordinator Psykiatriske centre



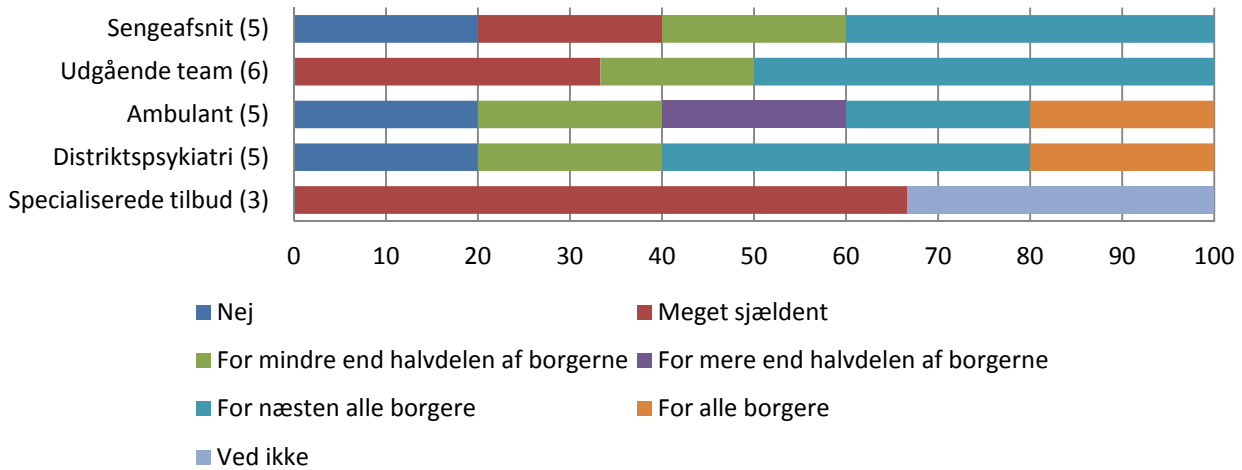
Inddragelsen af regional koordinator

Den regionale koordinator inddrages kun i meget ringe grad af de kommunale funktioner. Dog er det værd at bemærke, at en funktion med myndighedsansvar på stofmisbrugsområdet og den generelle sagsbehandling i en enkelt kommune inddrager den regionale koordinator for alle borgere.

Inddragelse af regional koordinator Kommuner



Inddragelse af regional koordinator Psykiatriske centre

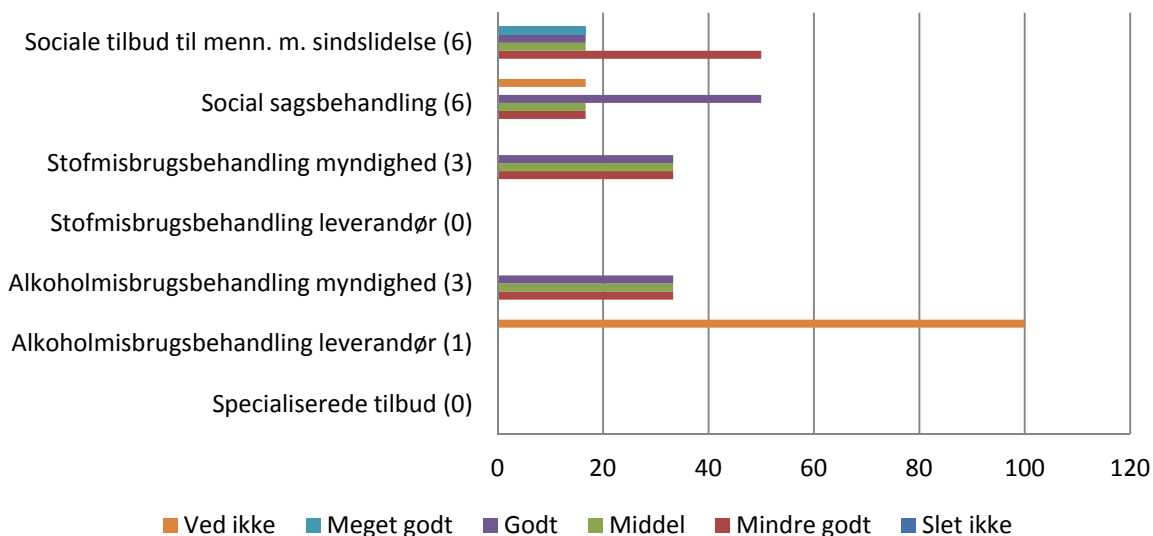


Også blandt de psykiatriske funktioner kan vi se en relativt begrænset inddragelse af den regionale koordinator. Dog skal det bemærkes, at den regionale koordinator inddrages i forhold til næsten alle borgere eller alle borgere i 40-60 % af alle typer af funktioner – undtagen de specialiserede tilbud.

Vurderingen af regional koordinator

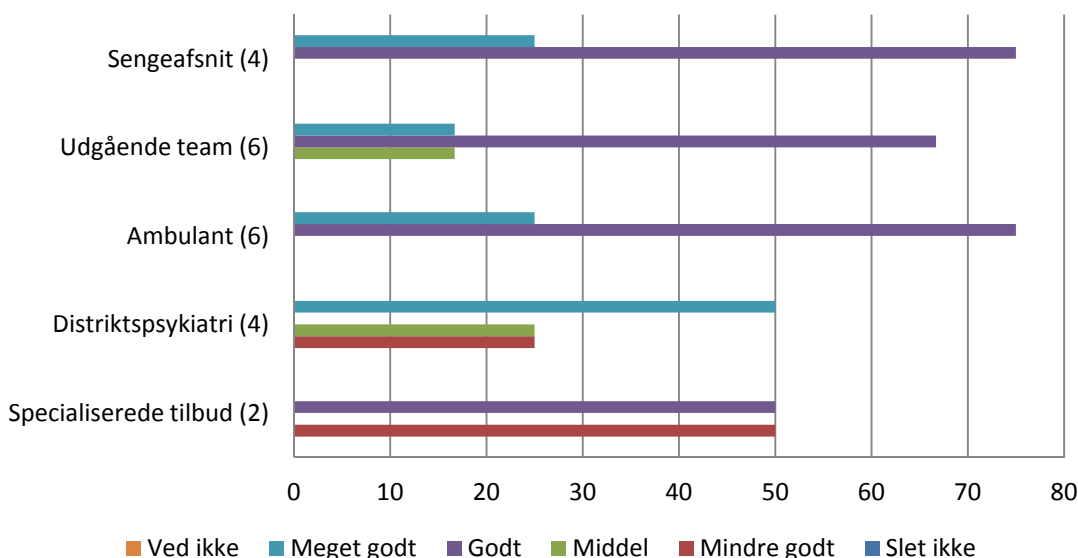
Vurderingen af en regional koordinator i de kommunale funktioner bygger på meget få svar. Samtidig er der ikke noget entydigt billede i disse besvarelser. Dette betyder, at der ikke kan konkluderes noget tydeligt, andet end at redskabet ikke anvendes i særligt omfang i kommunerne.

Vurdering af regional koordinator Kommuner



Selvom vurderingerne i de psykiatriske funktioner heller ikke hviler på mange besvarelser – men dog relativt set flere – er konklusionen dog tydelig. De regionale funktioner vurderer en regional koordinator overordentligt positivt.

Vurdering af regional koordinator Psykiatriske centre



Kendskabet til regionale koordinators er begrænset – og dermed er det umiddelbare potentiale som koordineringsredskab begrænset. Redskabet anvendes også kun i begrænset omfang. Til gengæld vurderes det meget positivt blandt de psykiatriske funktioner. Når dette sammenholdes med konklusionerne omkring en kommunal koordinator er det tydeligt, at koordinatorrollen har et stort potentiale som koordineringsredskab. Dette vil dog kræve en langt større systematik i anvendelsen og udbredelsen af redskabet end tilfældet er i dag.

7.4 De øvrige fem redskaber

Af de i alt 14 koordineringsredskaber, der er i denne undersøgelse er taget udgangspunkt i, er de ni af dem nærmere beskrevet og analyseret i det ovenstående. De fem, der er fravalgt til nærmere analyse er: det fælles værdigrundlag, sundhedsaftalerne, de sociale rammeaftaler, udskrivningsguide og rehabiliteringsplan. Som nævnt tidligere er det de redskaber, der ifølge undersøgelsen er mindst kendskab til og inddragelse af samt lavest vurderet. Selve spørgeskemaundersøgelsen giver ikke svar på, hvorfor dette gør sig gældende. Men det er dog muligt at se på nogle sammenhænge alligevel:

Udskrivningsguide og rehabiliteringsplan er redskaber, der ikke er formaliserede rammer for. Det vil sige, at de ikke er beskrevet lovgivningsmæssigt og at de kun er implementeret eller anvendes på forsøgsbasis i nogle kommuner og regioner. Dette gør sig også gældende for åben dialog og koordinatorfunktionerne, der dog er bredere kendt og anvendt og i særdeleshed vurderes meget positivt.

Det fælles værdigrundlag, sundhedsaftaler og de sociale rammeaftaler er til gengæld lovbestemte redskaber, der beskriver den overordnede ramme for samarbejdet på tværs. I den kvalitative del af undersøgelsen bemærkes det, at disse redskaber mere betragtes som overordnede planlægningsredskaber end som egentlige koordineringsredskaber. Det kan i alt fald konstateres, at redskaberne ikke inddrages i væsentlig grad i det praktiske koordineringsarbejde.

I spørgeskemaet har der været mulighed for at supplere besvarelserne med øvrige koordineringsredskaber, der anvendes i de adspurgte funktioner. Helt overordnet er der primært peget på metoder og modeller frem for redskaber, som defineret i denne undersøgelse. Langt størstedelen har i besvarelsen af dette spørgsmål fokus på det tværgående samarbejde og svarer, at de holder jævnlige samarbejds-, netværks, og dialogmøder på tværs af samarbejdspartnere. Flere peger på, at der er forpligtende eller formaliseret samarbejde på tværs.

Der er også en enkelt funktion, der nævner Voksenudredningsmetoden som et koordinerende redskab samt to funktioner, der nævner ICF-funktionsevneudredning i relation til § 141-handleplanen.

Ud over dette nævnes ingen yderligere redskaber end dem, der er taget udgangspunkt i undersøgelsen, hvilket understøtter, at der er tale om en udtømmende liste.

7.5 Øvrige kvalitative resultater

I ovenstående gennemgang af de ni udvalgte redskaber er de kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen løbende suppleret med kvalitative data, der ligeledes er indsamlet i forbindelse med undersøgelsen (jvf. kapitel 8: metode). I dette afsnit vil der blive set nærmere på de øvrige kvalitative input, der ikke refererer direkte til de enkelte koordineringsredskaber.

Fælles plan

Der er ofte mange planer i spil for borgere med sindslidelse med misbrug, og der er i forbindelse med undersøgelsen blevet gjort opmærksom på, at det er vanskeligt at holde styr på disse. Det betyder, at det kan være vanskeligt at fastholde overblik – dette gælder ikke mindst for borgerne. Der er derfor en stor risiko for, at de mange planer ikke bliver læst eller taget stilling til på tværs sektorer og afdelinger. På baggrund af dette er det blevet foreslået, at der udarbejdes en fælles plan for borgeren. En plan, der følger borgeren og som derfor kan fungere på tværs af sektorer og afdelinger.

Der er dog også flere, der understreger, at der er for mange planer i forvejen og, at det derfor er vigtigt ikke at opfinde flere. Det pointeres, at der i stedet bør fokuseres på at blive bedre til at anvende eksisterende planer.

Kompetenceudvikling

En styrket koordineret indsats kræver de rette kompetencer. Det er en svær opgave at koordinere og kræver faglig udveksling og tværfaglig undervisning. I den forbindelse efterlyses der en mere systematisk undervisning med henblik på opnåelse af kompetencer til at arbejde koordineret. Endvidere efterlyses der bedre introduktion til redskaberne.

IT-understøttelse

En generel udfordring, der gøres bredt opmærksom på, er mangel på fælles IT-understøttelse. Det vanskeliggør samarbejdet, at der ikke er adgang til de samme IT-kommunikationsveje, hvor alle involverede aktører kan læse og skrive i.

8 Metode

Undersøgelsen er baseret på en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse med inddragelse af alle landets kommuner og psykiatriske centre samt kvalitative data fra fortolkningsseminar, telefoninterviews samt møder med relevante aktører. I det følgende vil de forskellige former for dataindsamlinger kort blive gennemgået.

8.1 Kvalificering af liste over koordineringsredskaber

Telefoninterview

Forud for udarbejdelsen af spørgeskemaet blev der udarbejdet en liste over koordineringsredskaber på dobbeltproblematikområdet. For at få kvalificeret denne liste blev der gennemført i alt fire telefoninterview. Mere konkret ønskedes en afklaring af, om den udarbejdede liste over koordineringsredskaber var fyldestgørende, og om de interviewede havde kendskab til og evt. benyttede nogle af redskaberne i deres koordinering af indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Interviewpersonerne blev udvalgt på af deres viden og kendskab til området. Følgende fagpersoner deltog i et interview:

- Steen Guldager, Psykolog ved Fredericia Misbrugscenter
- Lotte Sønderbye, Psykolog ved CSU TrinHorsens
- Per Nielsen, Fagchef på Ringgården
- Erik Holm, Chefkonsulent, Odense Kommune, tidligere leder af Vista Balboa

Møde

Med henblik på at få listen over koordineringsredskaber yderligere kvalificeret blev der afholdt et møde med følgende:

- Bjørn West, Socialministeriets departement
- Sara Lindhardt, Socialstyrelsen
- Joan Hansen, Socialstyrelsen
- Kirsten Mundt, Sundhedsstyrelsen
- Lotte Pihl Paulsen, Region Hovedstadens Psykiatri

Mødet havde til formål at få viden om og overblik over de eksisterende koordineringsredskaber i indsatsen over for mennesker med sindslidelse og misbrug.

8.2 Den kvantitative spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaet⁷ er blevet udarbejdet med afsæt i listen eksisterende koordineringsredskaber og er blevet pilottestet af forstander Jørn Eriksen fra Center for Social Indsats og af Socialministeriet inden endelig udsendelse til kommuner og regioner.

⁷ Kan rekvireres ved henvendelse til Socialt Udviklingscenter SUS

Spørgeskemaet er sendt ud elektronisk⁸ til samtlige af landets kommuner og psykiatriske centre. I spørgeskemaet er der stillet en række spørgsmål relateret til arbejdet med koordineringsredskaber i indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug. Der har primært været fokus på, hvilke redskaber der er kendskab til, hvilke redskaber der inddrages i koordineringsarbejdet og hvor godt de pågældende redskaber fungerer. Der er desuden blevet spurgt til organiseringen af indsatsen for mennesker med misbrug og sindslidelse de enkelte steder.

Alle kommuner og psykiatriske centre er kontaktet forud for udsendelse af spørgeskemaet telefonisk eller pr mail med henblik på at få identificeret en kontaktperson med overblik over organiseringen af indsatsen på dobbeltproblematikområdet. Kontaktpersonerne har været ansvarlige for at inddrage de relevante afdelinger, afsnit og tilbud, som har været nødvendige for at udfylde alle dele af spørgeskemaet. Dette har været nødvendigt da der i spørgeskemaet er blevet spurgt til kendskabet til og anvendelse af koordineringsredskaber for hver enkelt enhed under hvert center og hver kommune.

Spørgeskemaet er blevet indledt med en introtekst med henblik på at sikre, at hvert spørgeskema blev udfyldt korrekt. I denne forklarende introtekst er det bl.a. blevet ekspliciteret, hvordan den målgruppe, der spørges til, defineres og hvilke enheder, som kontaktpersonen skulle indhente oplysninger fra.

Efter svarfristens udløb blev der sendt mail til de psykiatriske centre og kommuner, som endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. Der er modtaget 13 udfyldte spørgeskemaer fra de psykiatriske centre og 48 udfyldte spørgeskemaer fra kommunerne, hvilket giver en besvarelsesprocent på henholdsvis 41 % for regionerne og 49 % for kommunerne. Sammenlagt er undersøgelsesdeltagelsen 46 %.

Databehandlingen er foretaget i statistikprogrammet SPSS, hvor besvarelsernes fordelinger er blevet udregnet i procenter. Derudover er der blevet anvendt χ^2 -test til at måle sammenhængenes signifikans og gammatest til at belyse retningen på sammenhængene. Signifikansen angiver sandsynligheden for, at en sammenhæng er fremkommet ved en tilfældighed. Der er anvendt et signifikansniveau på 0,05, hvilket vil sige, at der er mindre end 5 % risiko for, at der tages fejl, og kun statistisk signifikante sammenhænge er beskrevet i analysen. Generelt er der blevet krydset med baggrundsvariable som: Kommunestørrelse, kommunernes regionstilhørsforhold, forekomsten af specialiserede tilbud målrettet dobbeltproblematik, behov og fokus på koordinering. Hvor der har været behov for at udpege de stærkeste baggrundsvariable blandt mange, er der foretaget logistisk regressionsanalyse. Ved spørgsmål med meget få besvarelser, er det enten valgt at foretage en fuldstændig deskriptiv analyse eller helt at udelukke det.

For at belyse, om væsentlige baggrundsvariable som afdelings-/enhedstypen, organisering, behov for koordinering, fokus på koordinering, kommunestørrelse og regionstilknytning skulle have signifikant betydning for, hvilke redskaber der henholdsvis kendes bedst, anvendes mest og vurderes bedst, er der foretaget såkaldte regressionsanalyser. Den statistiske analyse viser ingen baggrundsvariable, der markerer sig med signifikans. Det kan enten betyde, at de reelt ikke har betydning eller, at der er for få besvarelser i hver kategori til at tale om signifikans.

⁸ I Socialt Udviklingscenter SUS' eget survey-system

8.2.1 Hvem deltager i spørgeskemaundersøgelsen?

Som nævnt tidligere blev spørgeskemaet sendt ud til samtlige af landets 98 kommuner og samtlige af regionernes 32 psykiatriske centre. Det er vigtigt for tolkningen af resultaterne at kaste lys over, om der er markante mønstre i, hvem der har deltaget i undersøgelsen, og hvem der eventuelt er faldet fra, for at kunne generalisere i forhold til hele landet.

Regionernes deltagelse

I undersøgelsen deltager 13 psykiatriske centre, der tilsammen repræsenterer 51 funktioner (jf. kapitel 4 om organisering)

I bilag 1 fremgår en oversigt over regionernes deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen via de psykiatriske centre. Der er stor variation i, hvordan de forskellige regioner har svaret, idet fx Region Hovedstaden har sendt én besvarelse i alt, hvor det ikke er specificeret hvilket center det drejer sig om, mens andre regioner har delt deltagelsen ud på flere psykiatriske centre, hvoraf det i nogle tilfælde dog kun er blevet delvist besvaret af enkelte enheder. Dog er regionerne samlet set nogenlunde lige repræsenteret i undersøgelsen.

Kommunernes deltagelse

For at måle kommunernes geografiske repræsentativitet er der opstillet en oversigt nedenfor, der viser de deltagende kommuners regionstilknytning sammenlignet med, hvor mange kommuner der er i hver region. Det giver en meget lige geografisk repræsentativitet, idet samtlige regioner er repræsenteret med 36-63 % af deres kommuner. Den største deltagelse ses i Region Midtjylland, mens Region Nordjylland er en smule underrepræsenteret i forhold til de andre regioner:

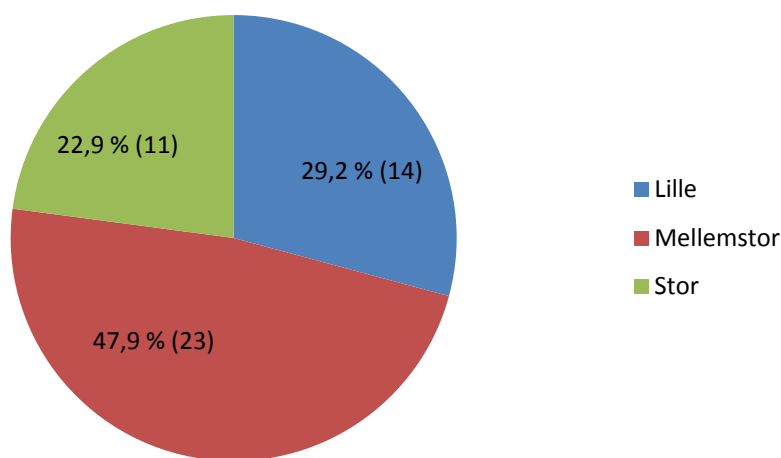
DE DELTAGENDE KOMMUNERS REGIONSTILKNYTNING OG GEOGRAFISKE REPRÆSENTATIVITET			
Region	Antal kommuner i alt i regionen	Antal deltagende kommuner	Andel deltagende kommuner
Region Syddanmark	22	9	40,9 %
Region Hovedstaden	29	15	51,7 %
Region Nordjylland	11	4	36,4 %
Region Sjælland	17	8	47,1 %
Region Midtjylland	19	12	63,2 %
I alt	98	48	49,0 %

For at kunne sammenligne med Socialt Udviklingscenter SUS' tidligere undersøgelser på dobbeltproblematikområdet, er der i analysen blevet anvendt samme opdeling i forhold til kommunestørrelsen som i de tidligere undersøgelser. Det betyder, at henholdsvis små, mellemstore og store kommuner står for:

- Kommuner med 1.900-39.000 indbyggere = små kommuner
- Kommuner med 39.001-69.000 indbyggere = mellemstore kommuner
- Kommuner med 69.001 indbyggere og derover = store kommuner.

Lagkagediagrammet nedenfor viser, at der er en jævn fordeling af små, mellemstore og store kommuner:

DE DELTAGENDE KOMMUNERS STØRRELSE



8.3 Fortolkningsseminar

Ved fortolkningsseminaret er resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen blevet fortolket sammen med professionelle, der alle arbejder med dobbeltproblematik. I alt deltog 17 professionelle i seminaret, hvor de gruppevis diskuterede undersøgelsens resultater. Konklusionerne på disse diskussioner blev efterfølgende præsenteret i plenum, hvor de blev ført til referat. Dette har givet et datamateriale, som er blevet brugt til at nuancere de kvantitative data i analysen. Deltagerne var repræsentanter fra både regioner og kommuner, ligesom der også var selvstændige repræsenteret. Deres faglige baggrunde spændte vidt fra socialrådgivere over psykologer til læger. Fokus var drøftelsen af, hvorfor svarfordelingen så ud, som den gjorde, hvorfor de enkelte redskaber bruges henholdsvis meget eller lidt, hvilke barrierer, der eventuelt er for anvendelse af de enkelte redskaber, og hvad der skal til for, at de bliver mere anvendelige. Fortolkningsseminaret danner således et vigtigt grundlag for nuancering af surveyens resultater og fremadrettede anbefalinger til det videre arbejde med koordinering og samarbejde i indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug.

- Nille Jensen, Forstander, Pilekrogen Gentofte
- Leni Grundtvig Nielsen, Repræsentant, SIND
- Anne Ahlgreen, Socialrådgiver, Specialambulatoriet
- Ole Nielsen, Forstander, Flydedokken

- Annette Holm Billund, Kvalitets- og udviklingskonsulent, Psykiatrien Syd Region Sjælland
- Said Akrim, Afdelingsleder, KABS KASA
- Kathrine Bro Ludvigsen, Antropolog, KABS KASA
- Lars Merinder, Afsnitsleder, overlæge, Aarhus Universitetshospital Risskov, Rusmiddelpsykiatri
- Karen Rude, Leder, Gladsaxe Kommune, Råd og Indsats
- Gerda Zacho Hansen, Fagspecialist, Gladsaxe Kommune, Psykiatri- og Handicapafdelingen
- Peter Ege, tidl. Socialoverlæge, Københavns Kommune
- Trine Anker Larsen, Leder handicap og socialpsykiatri, Fredensborg Kommune, handicap og socialpsykiatri
- Morten Henriksen, Rusmiddelkonsulent, Fredensborg Kommune
- Helga Waage Jørgensen, Afdelingsleder, Hvidovre Kommune
- Adina Husilovic, Misbrugskonsulent, Hvidovre Kommune
- Karen Madsen, Psykiatri- og Misbrugschef, Kolding Kommune
- Johannes Kjeldahl, Psykiatrien Region Nordjylland

9 Bilag 1: Regionernes besvarelser og repræsentativitet

Region	Centre	Besvaret	%
Hovedstaden		1 besvarelse – ikke specificeret hvilket center	10 %
	PC Amager		
	PC Ballerup		
	PC Bornholm		
	PC Frederiksberg		
	PC Glostrup		
	PC Hvidovre		
	PC København		
	PC Nordsjælland		
	PC Sct. Hans		
	Stolpegården		
Sjælland			50 %
	Psykiatrien Syd	Besvaret	
	Psykiatrien Øst	Besvaret	
	Psykiatrien Vest	Ikke besvaret	
	Afdeling for specialfunktioner	Ikke besvaret	
Syddanmark			57 %
	Psykiatrisk afdeling Augustenborg og Haderslev	Ikke besvaret	
	Psykiatrisk afdeling Esbjerg-Ribe	Besvaret	
	Psykiatrisk afdeling Kolding	Ikke besvaret	
	Psykiatrisk afdeling Middelfart	Besvaret	
	Psykiatrisk afdeling Odense	Besvaret	

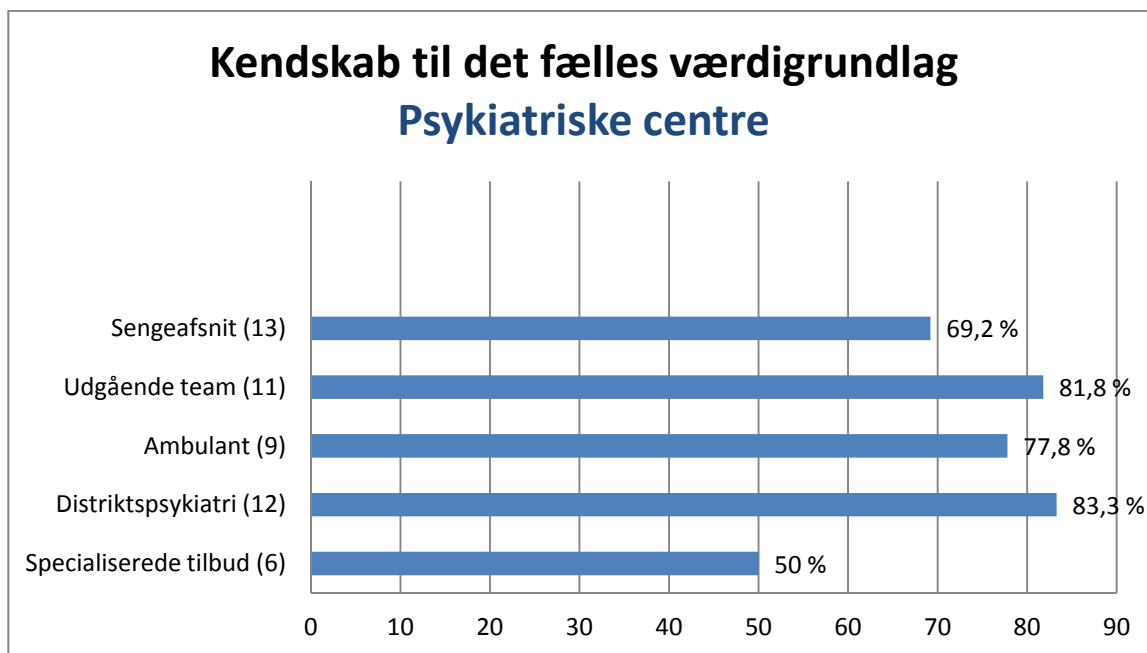
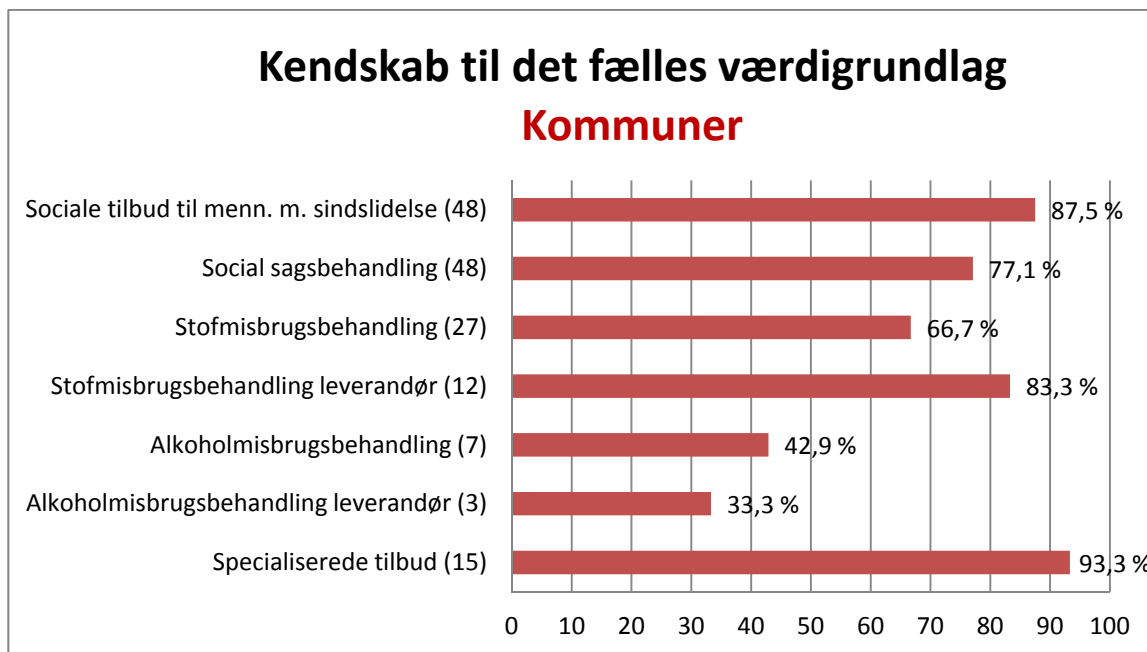
	Psykiatrisk afdeling Svendborg	Besvaret	
	Psykiatrisk afdeling Vejle	Ikke besvaret	
Midtjylland			37,5 %
	Afdeling M, Risskov	Ikke besvaret	
	Afdeling P, Risskov	Ikke besvaret	
	Afdeling Q, Risskov	Besvaret	
	Psykiatrien i Horsens, Skanderborg, Hedensted og Odder	Ikke besvaret	
	Psykiatrien i Randers	Ikke besvaret	
	Psykiatrien i Silkeborg	Ikke besvaret	
	Psykiatrien i Vest	Besvaret	
	Psykiatrien i Viborg-Skive	Ikke besvaret	
	?	Besvaret	
Nordjylland			75 %
	Afdeling Nord - Brønderslev	Besvaret	
	Afdeling Syd - Aalborg	Besvaret	
	Afdeling Thy-Mors	Ikke besvaret	
Uvist hvilken region			
?	Ambulatorium/ Distriktpsychiatri	Besvaret	
I alt	32	13 psykiatriske centre er helt eller delvist repræsenterede	40,6 %

10 Bilag 2: Kendskab til, inddragelse og vurdering af redskaberne

I dette bilag fremgår kommunerne og regionernes besvarelse i forhold til de redskaber, som ikke er nærmere udvalgt til gennemgang i kapitel 7.

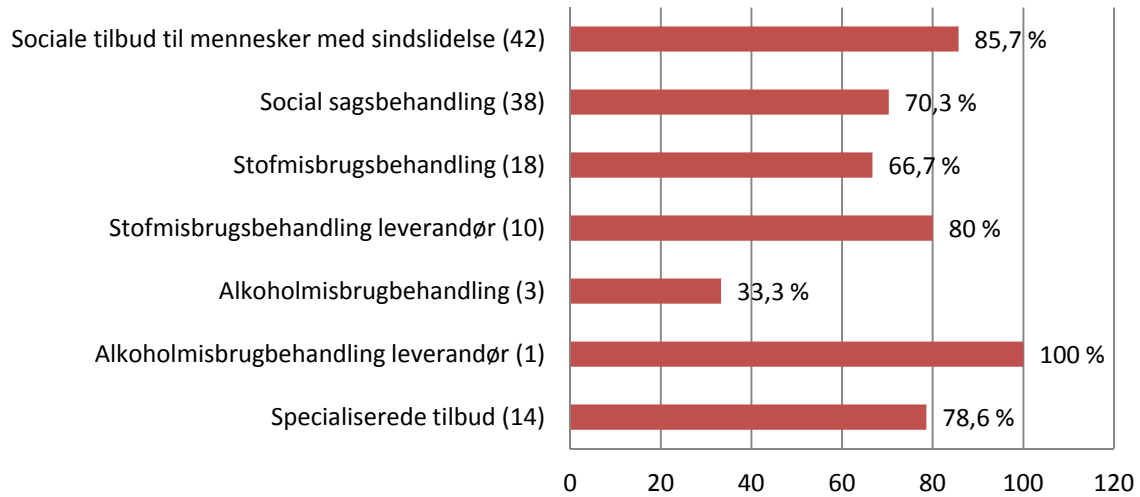
Vær opmærksom på at tallene i parentes i diagrammerne om "kendskab til..." benævner antallet af positive besvarelser.

Det fælles værdigrundlag



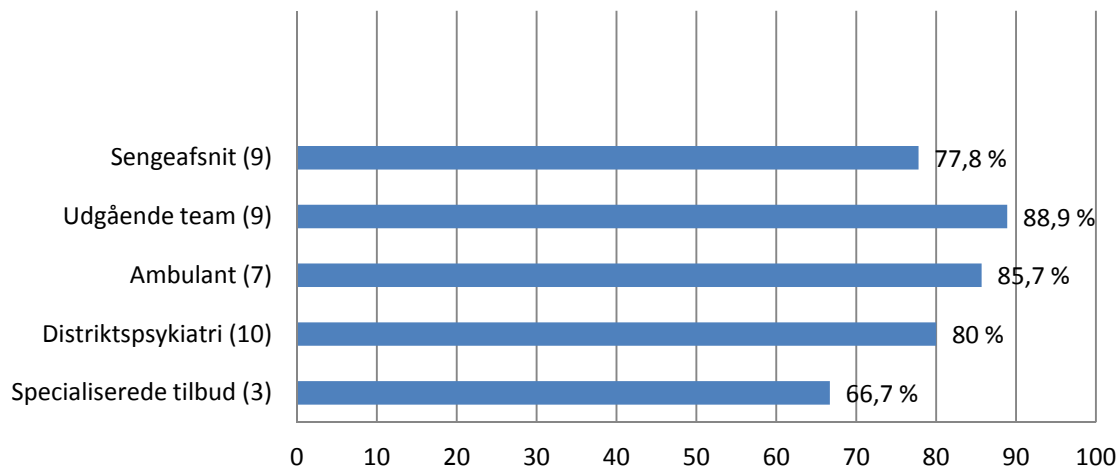
Inddragelse af det fælles værdigrundlag

Kommuner



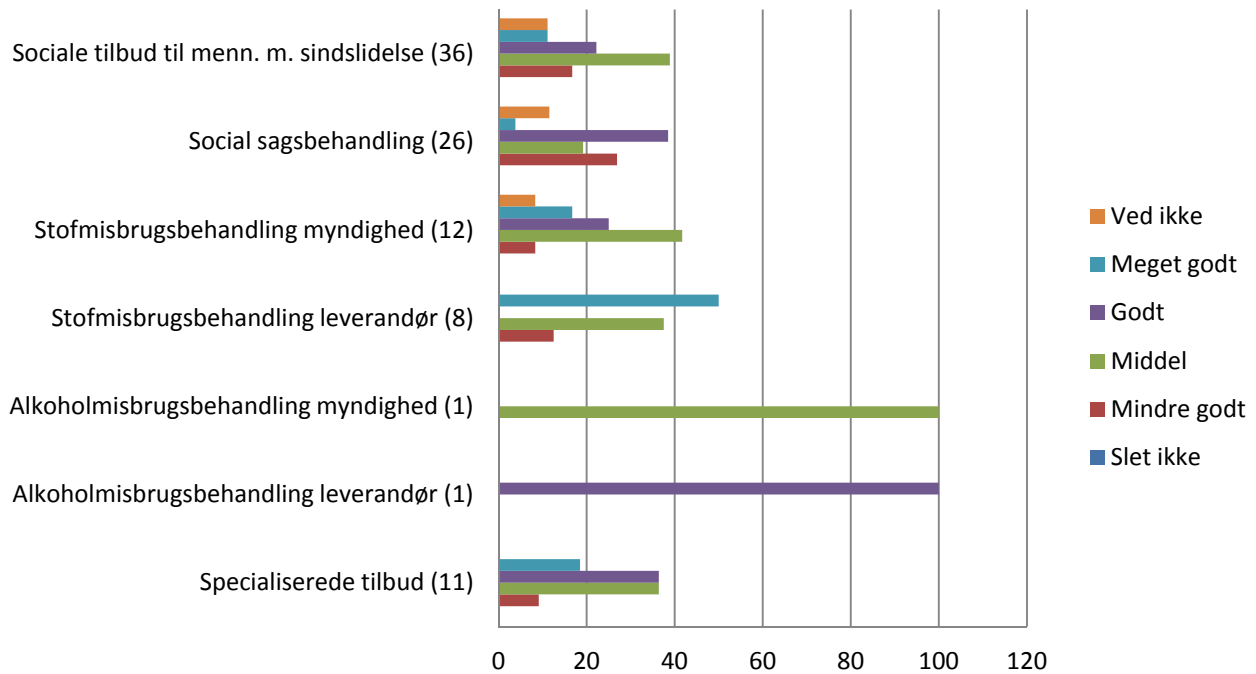
Inddragelse af det fælles værdigrundlag

Psykiatriske centre



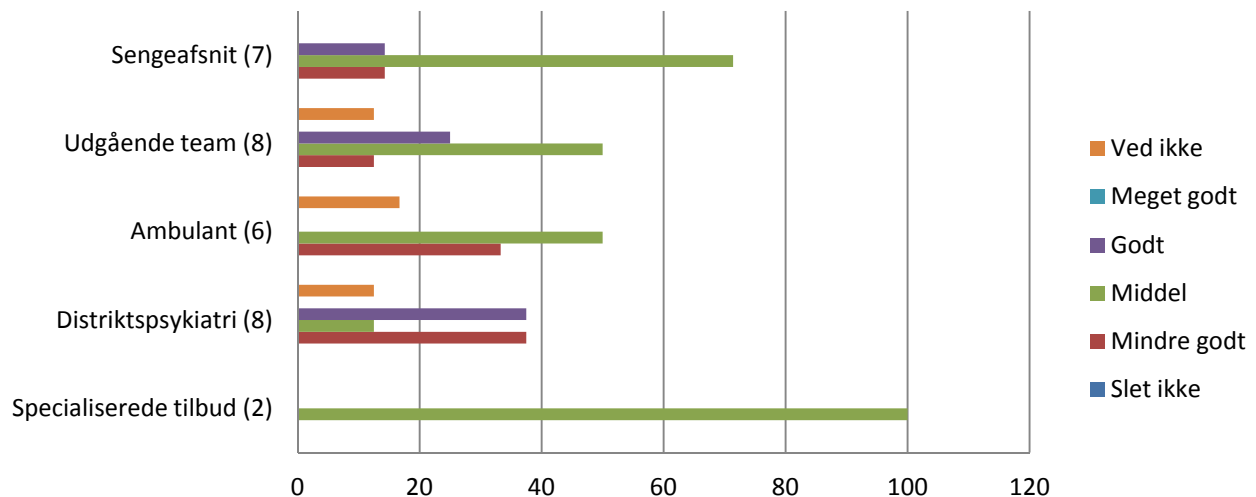
Vurdering af det fælles værdigrundlag

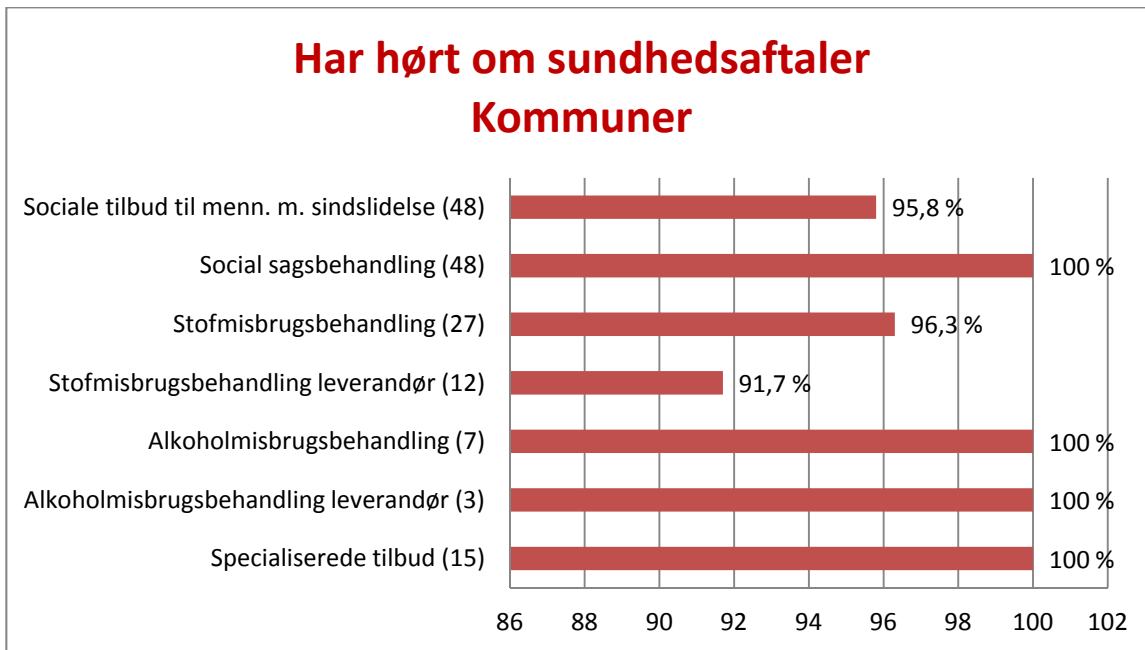
Kommuner



Vurdering af det fælles værdigrundlag

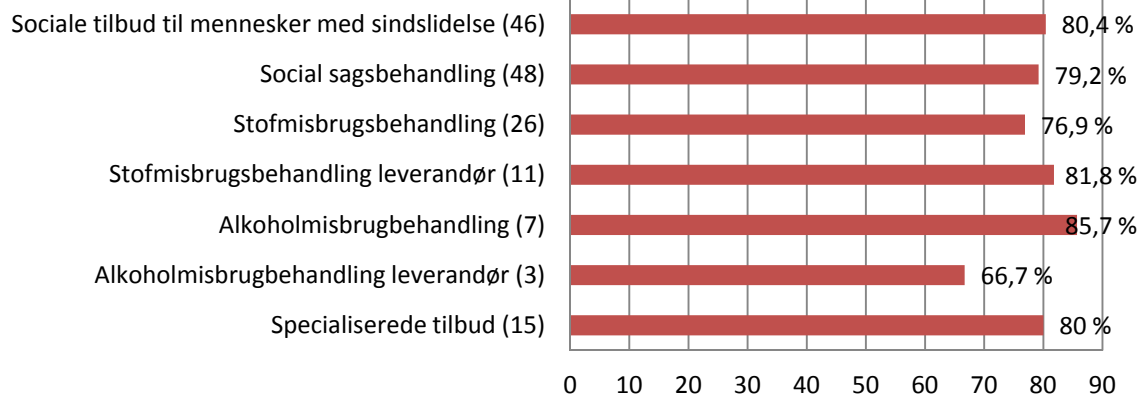
Psykiatriske centre



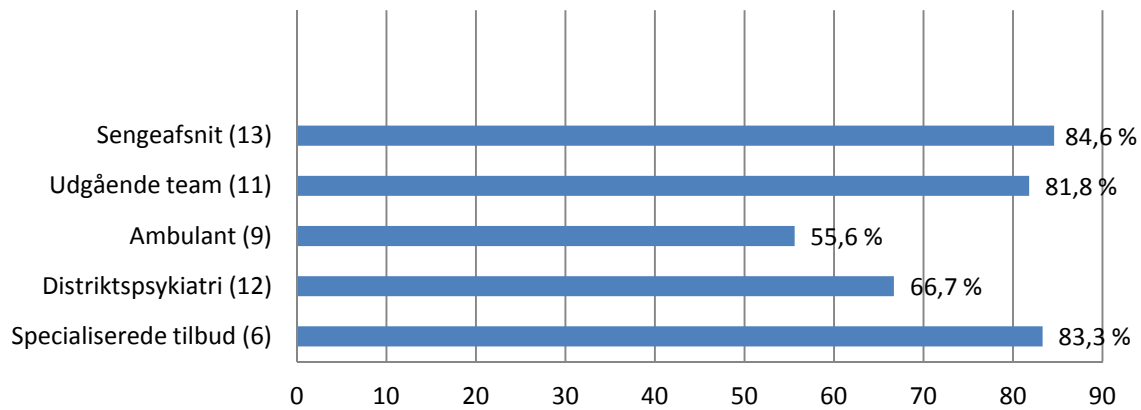


Alle regionale funktioner har hørt om sundhedsaftalerne

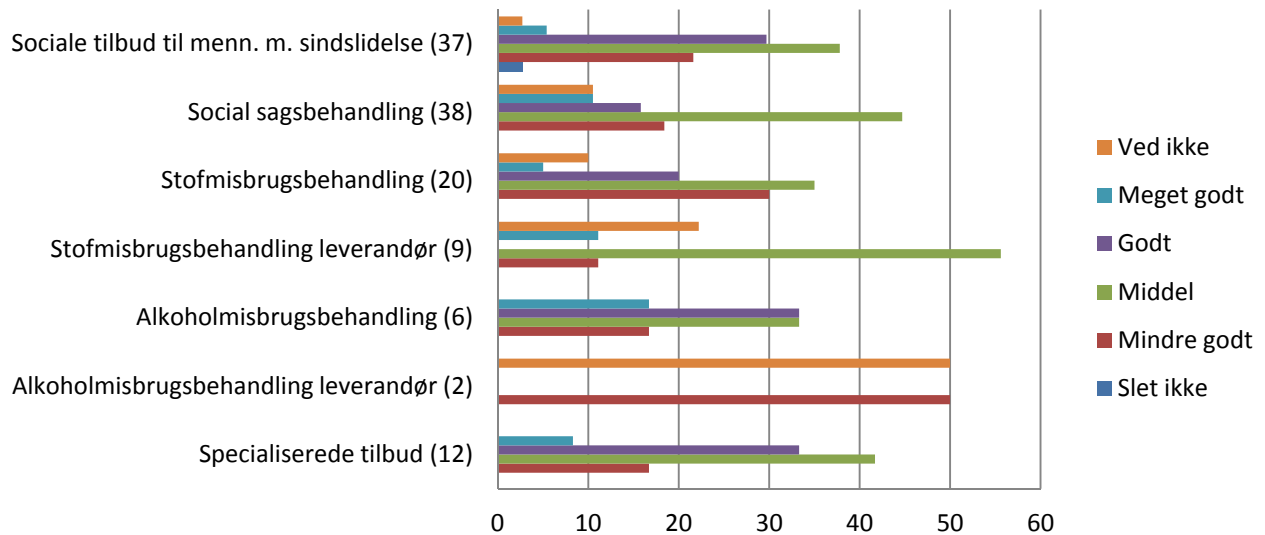
Inddrager sundhedsaftale i koordineringsarbejdet Kommuner



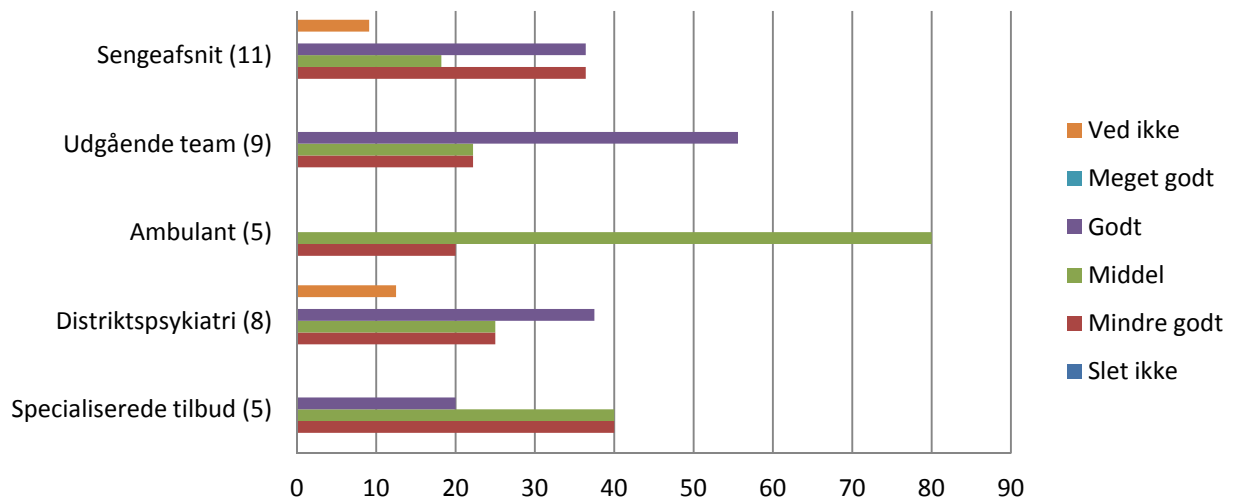
Inddrager sundhedsaftale i koordineringsarbejdet Psykiatriske centre



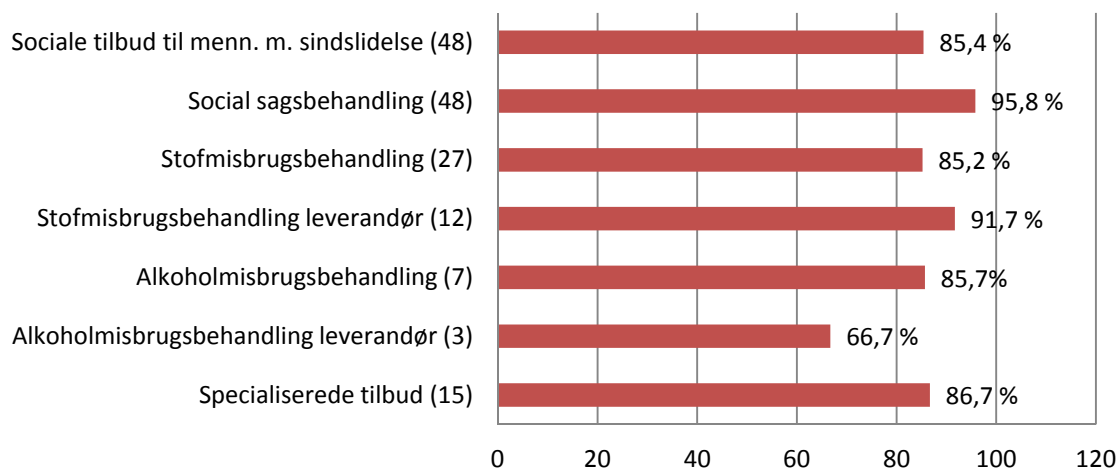
Hvor godt sundhedsaftalen fungerer ifølge kommunerne



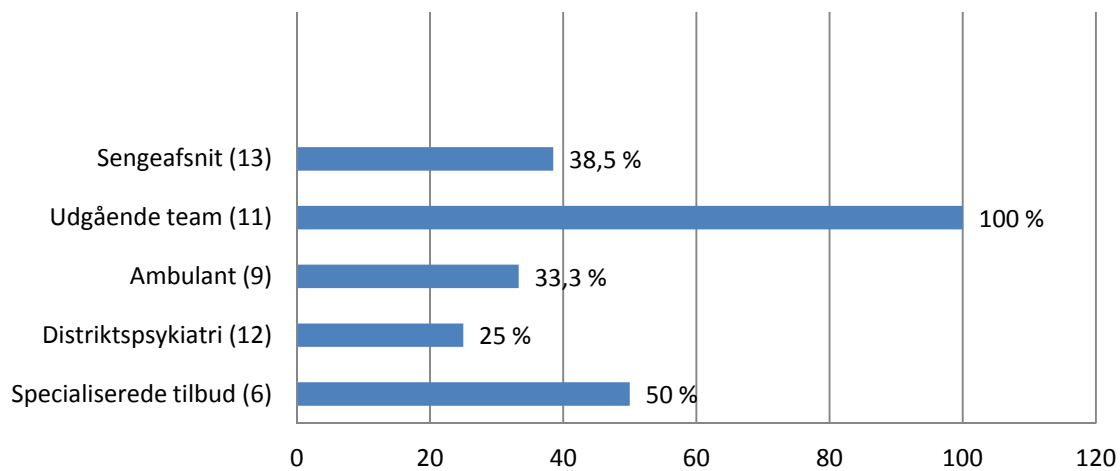
Hvor godt sundhedsaftalen fungerer ifølge de psykiatriske centre



Kendskab til sociale rammeaftaler Kommuner

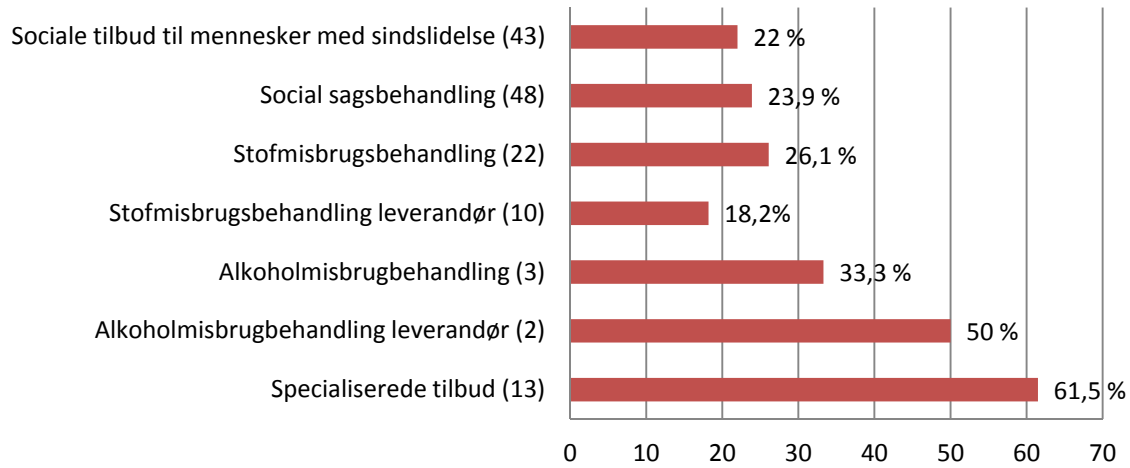


Kendskab til sociale rammeaftaler Psykiatriske centre



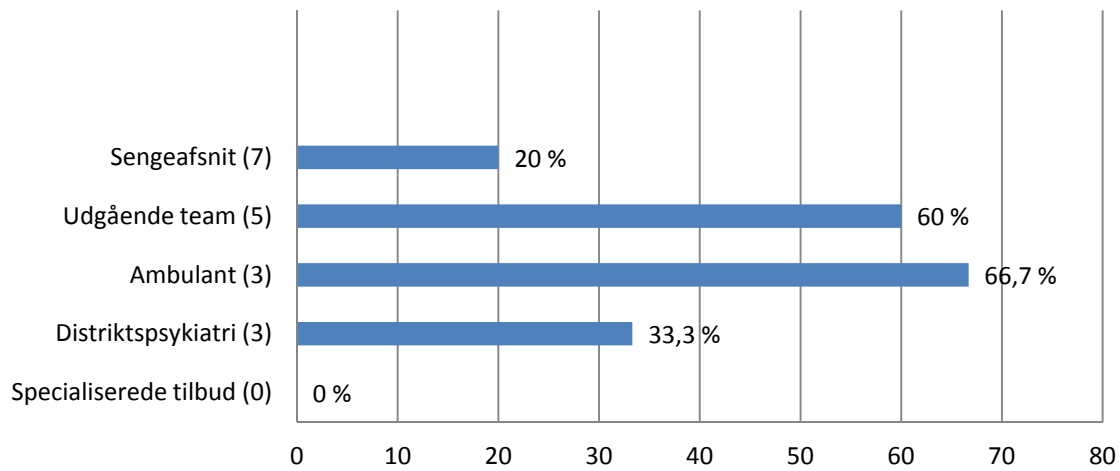
Inddragelse af sociale rammeaftaler

Kommuner



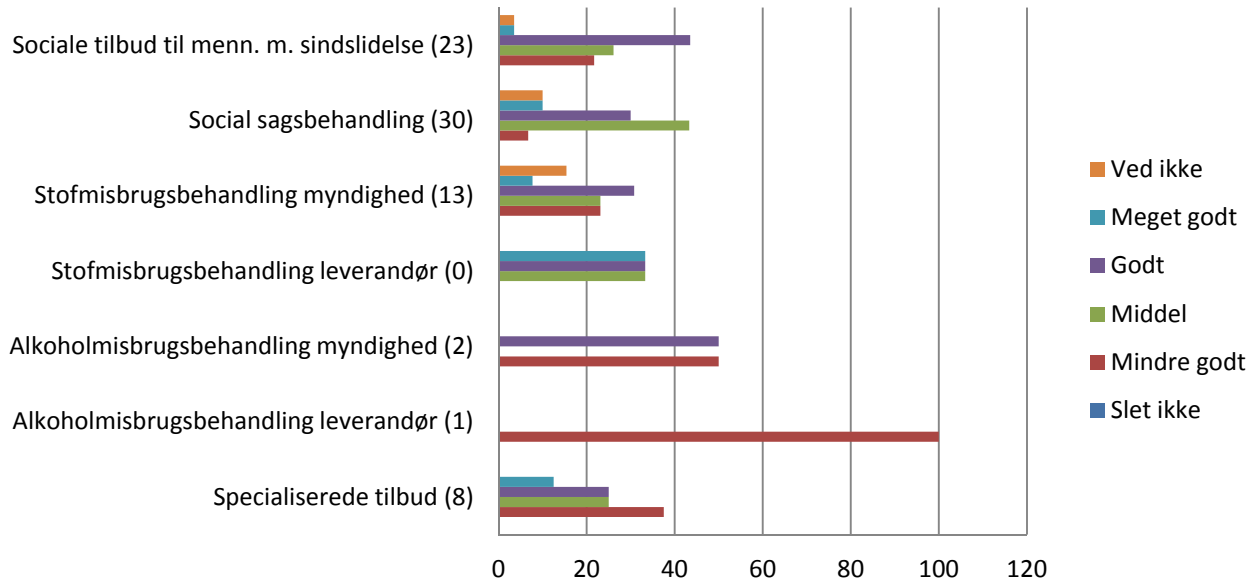
Inddragelse af sociale rammeaftaler

Psykiatriske centre



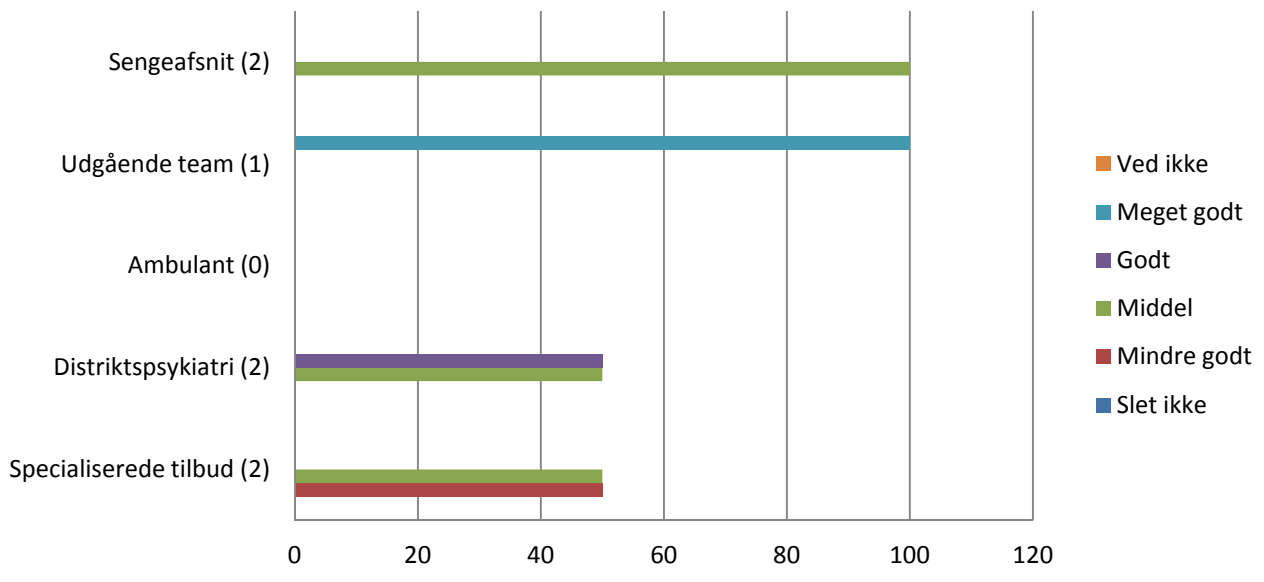
Vurdering af sociale rammeaftaler

Kommuner



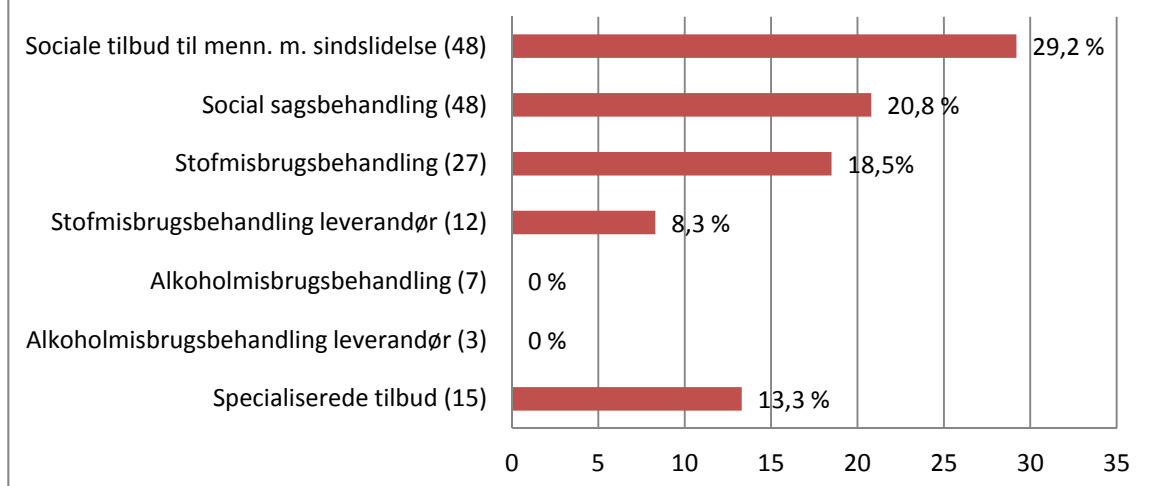
Vurdering af sociale rammeaftaler

Psykiatriske centre



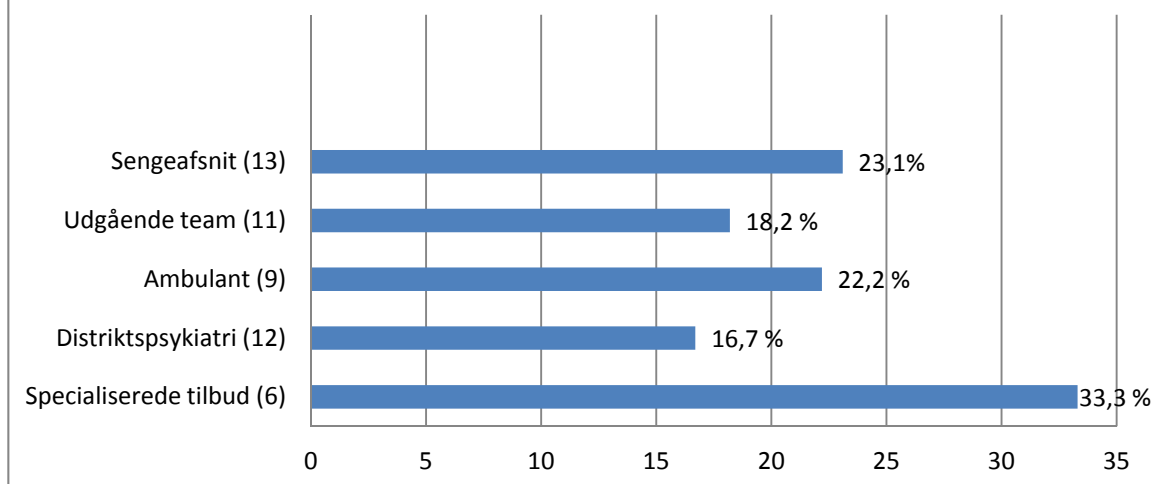
Kendskab til udskrivningsguiden

Kommuner



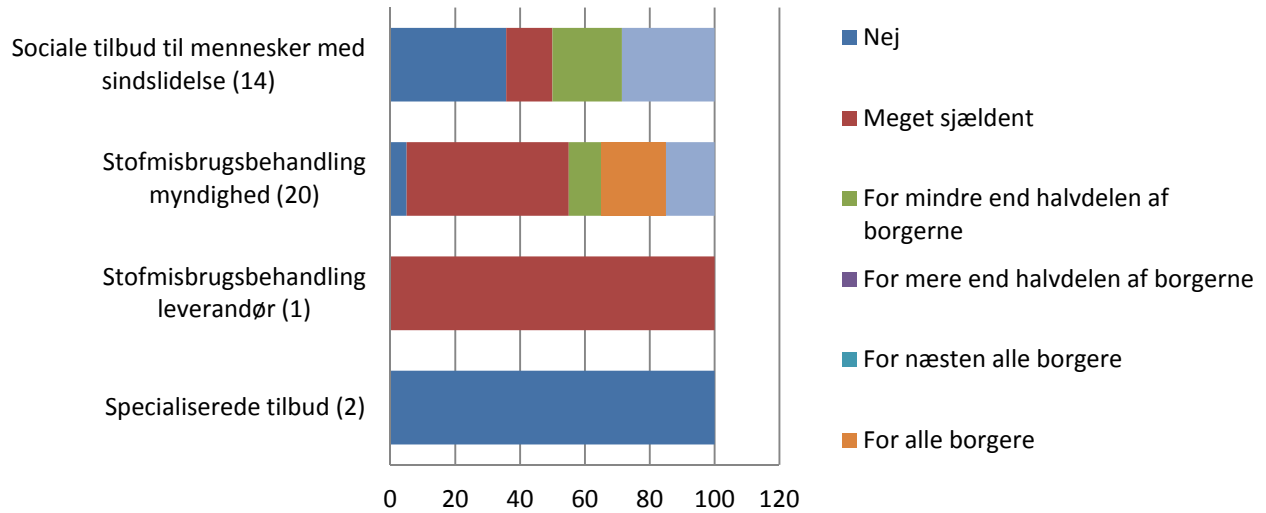
Kendskab til udskrivningsguiden

Psykiatriske centre



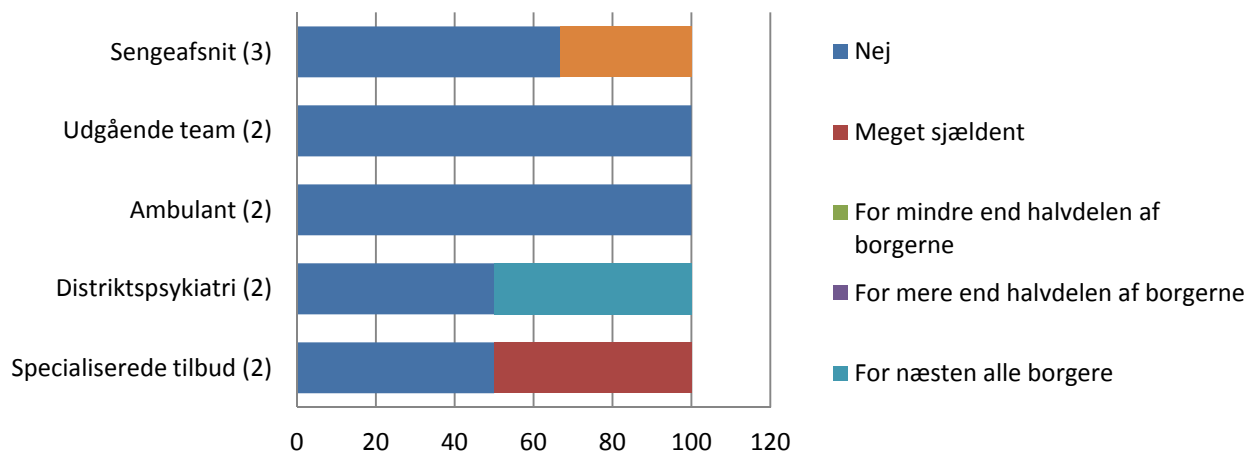
Inddragelse af Udskrivningsguide

Kommuner



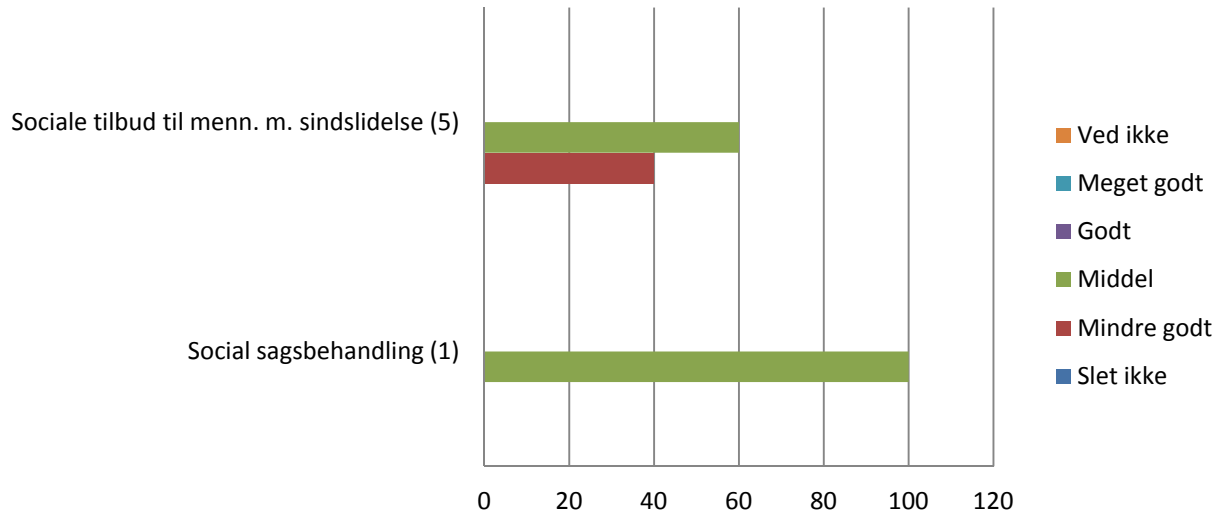
Inddragelse af Udskrivningsguide

Psykiatriske Centre



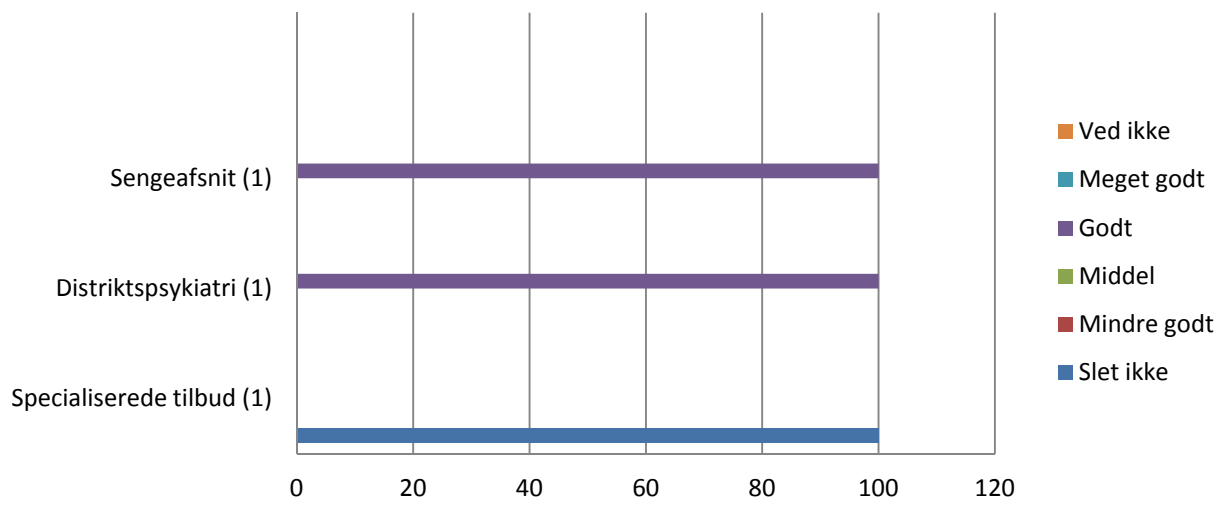
Vurdering af udskrivningsguide

Kommuner

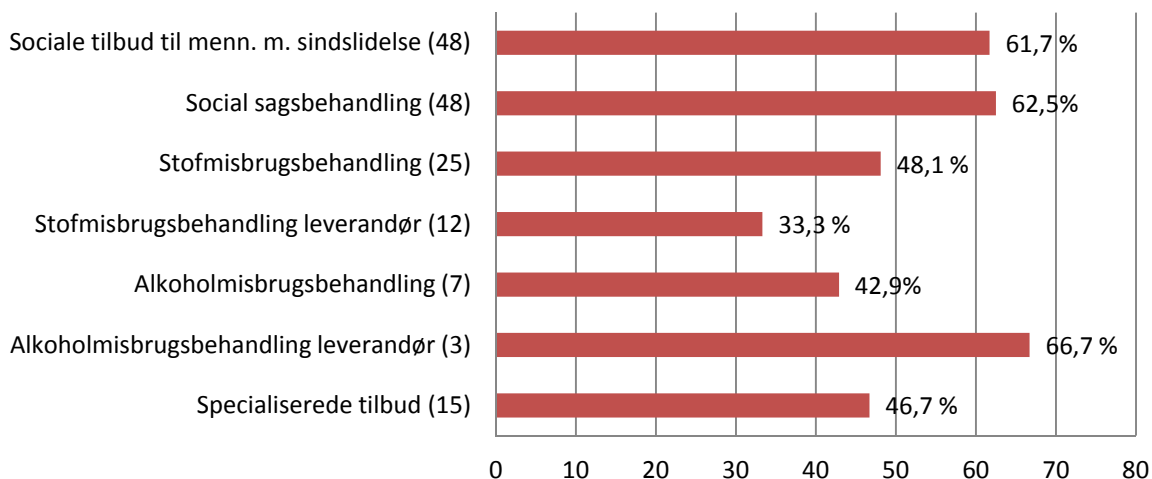


Vurdering af udskrivningsguide

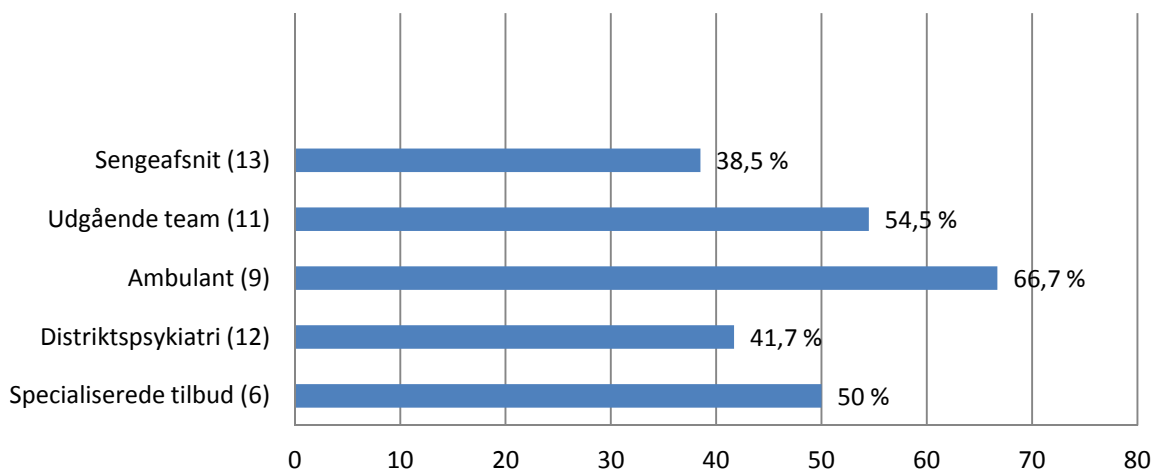
Psykiatriske centre



Kendskab til rehabiliteringsplan Kommuner

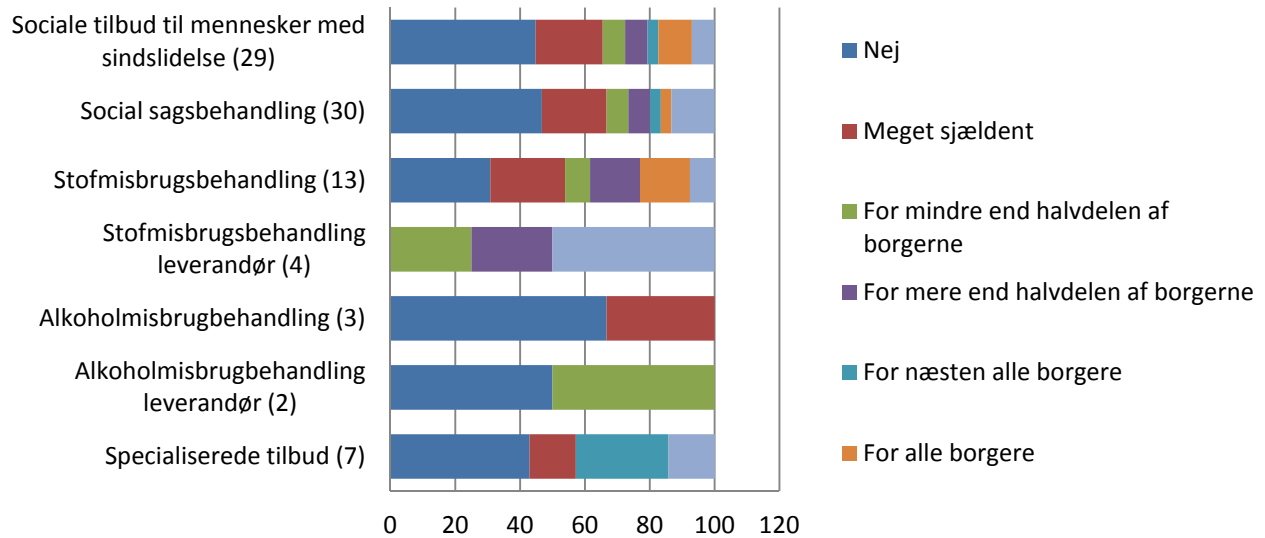


Kendskab til rehabiliteringsplan Psykiatriske centre



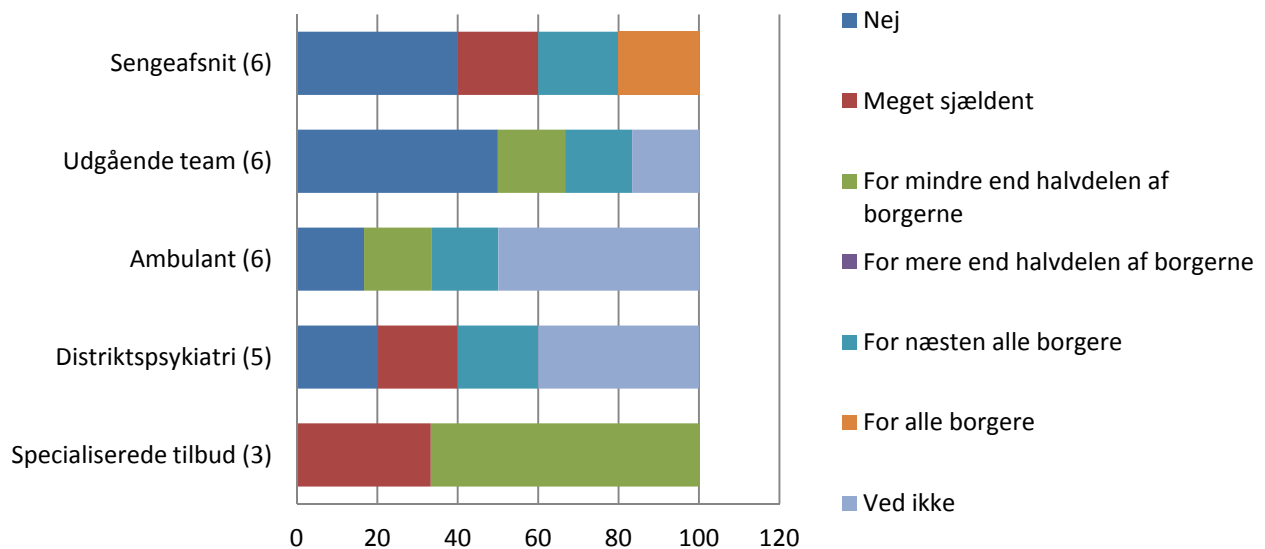
Inddragelse af rehabiliteringsplan

Kommuner



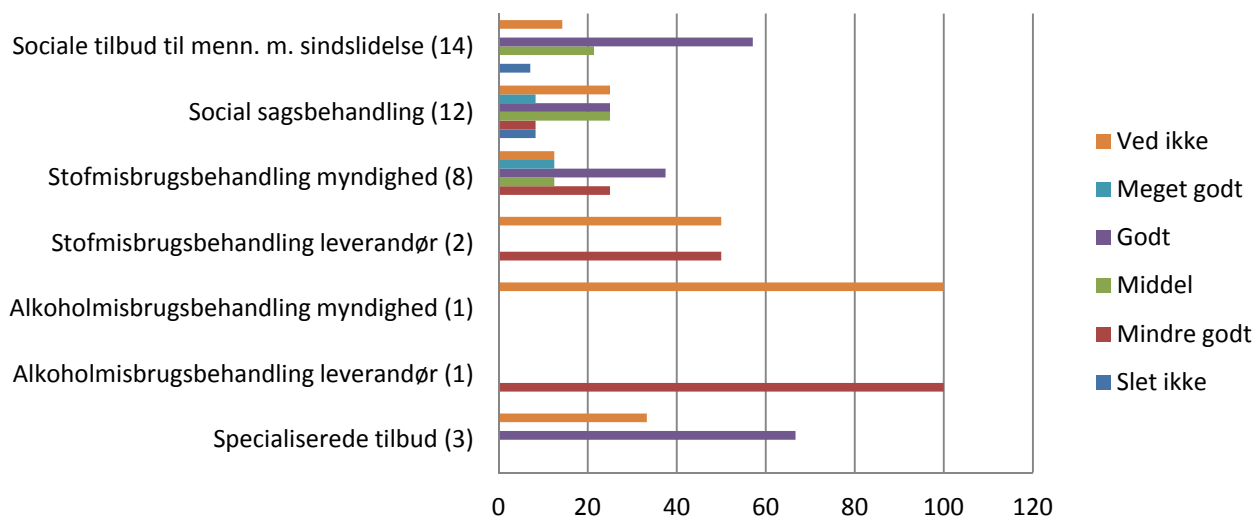
Inddragelse af rehabiliteringsplan

Psykiatriske centre



Vurdering af rehabiliteringsplan

Kommuner



Vurdering af rehabiliteringsplan

Psykiatriske centre

