

Den Koordinerende Kontaktperson

Idéen

Idéen om at etablere en ny funktion i sagsbehandlingen – en koordinerende kontaktperson – er opstået ud fra ønsket om at styrke en helhedsorienteret og mere velkoordineret indsats overfor sindslidende borgere i København.

Der er især et brug for at skabe bedre overgange fra den regionale hospitalspsykiatri og/eller fra kriminalforsorgens regi til kommunens socialpsykiatri. Overgangen kan ofte være svær, og typisk er mange fagpersoner involveret. Samtidig er overgangen afgørende for den sindslidendes videre livsbane.

Københavns Kommune, SOF, har derfor søgt og fået bevilget midler fra 19M-puljen om tilbud til mennesker med sindslidelser til at gennemføre projekt 'Den Koordinerende Kontaktperson' i samarbejde med Socialt Udviklingscenter SUS (www.sus.dk).

I projektet skal en gruppe sagsbehandlere fra de 5 voksenteam i Københavns Kommunes socialcenter sammen med andre aktører og borgere deltage i et forløb, hvor der skal udvikles konkrete redskaber og modeller, som skaber bedre koordinering af den enkelte borgers sagsforløb.

Den koordinerende kontaktperson har som formål at samordne de faglige tiltag både indholdsmæssigt og tidsmæssigt.

Projektet har to målgrupper:

- Borgere med sindslidelse, som står foran udskrivning fra hospitalspsykiatrien eller som for nylig har afsluttet et længere behandlingsforløb.
- Domsanbragte borgere med sindslidelse, som står foran udskrivning.

Projektet er igangsat i maj 2009 og løber frem til marts 2012. Projektet udføres i et samarbejde mellem SOF (MR-kontoret for HAPS), voksenteam i socialcentret og Socialt Udviklingscenter SUS.

Målet er, at de 5 voksenteam efter projektperioden står med en konkret og afprøvet model for den koordinerende kontaktpersons opgaver samt en række redskaber, der kan støtte den koordinerende kontaktperson i udførelsen af opgaven.

Roller og funktioner

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

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

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

I relation til borgeren kan koordinerede funktioner fx være, at:

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

I relation til interne og eksterne samarbejdsparter, kan koordinerede funktioner fx være, at:

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

Erfaringerne fra andre projekter om koordinering af sagsbehandlingen viser, at det ikke alene er den koordinerende kontaktperson, der sikrer sammenhæng og helhedsorientering for borgeren (se fx www.koordinerende.servicestyrelsen.dk).

En stor del af koordineringen kan med fordel varetages ved at have klare procedurer og aftaler for, hvordan samarbejdet mellem de forskellige forvaltninger og afdelinger i kommunen skal foregå. En vigtig forudsætning for kontaktpersonens arbejde er derfor, at der laves aftaler på tværs af forvaltninger og mellem kommune og andre offentlige myndigheder om kommunikation og arbejdsgange, der understøtter en velkoordineret indsats for borgeren.

Gennemførelse af projektet

Projektet gennemføres i fire faser: *Afdækningsfasen, udviklingsfasen, afprøvningsfasen, implementeringsfasen*. På næste side præsenteres aktiviteter og formål for hver fase.

Projektet forudsætter en høj grad af medarbejderinvolvering. Der etableres 2 udviklingsgrupper med fokus på hver af de 2 målgrupper. Der deltager ca. 10 sagsbehandlere fra socialcentrets 5 lokale voksenteam i hver gruppe, herudover deltager centrale faglige samarbejdsparter, som kommunen peger på.

Udviklingsgrupperne deltager via en række workshops i udviklingen af modeller og redskaber i projektets to første faser. I fase 3, afprøvningsfasen, udgår samarbejdsparter af udviklingsgrupperne, og grupperne overgår til at være udfører-grupper, som afprøver redskaber og modeller på konkrete borgerforløb.

Sideløbende med udviklingsprocessen afholdes temadage og kurser med fokus på at give medarbejderne relevant faglig viden og relevante kompetencer - fx viden om psykisk sygdom, effektiv mødeledelse, kommunikation med psykisk syge borgere og koordinerende funktioner.



Fasemodell – Den Koordinerende Kontaktperson

1. Afdækningsfasen

Aktiviteter

Interview med kommunale og regionale myndigheder og levetandører samt borgere med sindslidelse

Workshops for udviklingsgrupperne: Analyse af arbejdsgange, udfordringer og udviklingsområder

Workshop for borgere og pårørende: Værdier

Formål

At afdække kommunens arbejdsgange og metoder og kortlægge erfaringer og udviklingsmuligheder

At inddrage medarbejdere og borgere

2. Udviklingsfasen

Aktiviteter

Workshops for udviklingsgrupperne: Visioner og mål, optimering af arbejdsgange og redskaber

Kommunen udarbejder skitse til redskaber og nye arbejdsgange, støttet af SUS

Feedback fra udviklingsgrupperne

Brugerpanel: Feedback på redskaber og arbejdsgange

Formål

At formulere visioner og mål for en koordineret sagsbehandling

At udvikle redskaber og arbejdsgange, der optimerer planlægning, samarbejde og vidensdeling

At inddrage borgerne perspektiv

3. Afprøvningsfasen

Aktiviteter

Kick off seminar for involverede medarbejdere

Afprøvning i konkrete sagsforløb med løbende processtøtte til medarbejdere

Kompetenceløft til medarbejdere

Løbende evaluering af redskaber og arbejdsgange

Formål

At sikre at de udviklede redskaber og arbejdsgange kan anvendes i praksis

At sikre at redskaber og arbejdsgange understøtter kommunens resultatmål

At indsamle viden til brug for implementering

4. Implementeringsfasen

Aktiviteter

Endelig implementering

Præsentation af færdige redskaber og arbejdsgange i og udenfor kommunen

Eftermåling

Formål

At formidle erfaringer fra projektet

At implementere og forankre de udviklede redskaber og arbejdsgange

At sikre fortsat overblik, koordinering og samarbejde om borgere med sindslidelse