

Koordinerende indsatsplaner og forløbskoordination

Af Peter Jensen, chefkonsulent i SPUK, og Vibeke Roer Hillerup, forløbskoordinator i Børne- og ungdomspsykiatrien Syddjylland



Mennesker med samtidig psykiatrisk lidelse og problematisk forbrug af rusmidler er ofte også belastet af komplekse sociale problemer. Det betyder, at de samtidig med at være i kontakt til psykiatrien og den kommunale misbrugsbehandling, også ofte er i kontakt med det kommunale myndighedsafsnit og de relevante udfører på det område, der netop er relevant for dem (hjemløshed, arbejdsløshed som følge af nedsat erhvervssevne, drop ud af uddannelse m.v.). Det betyder, at der er mange kommunale og regionale indsatser i gang samtidigt, hvilket skaber et behov for koordination af indsatser og indsatsernes handle- og behandlingsplaner. For at styrke denne koordinerende indsats har Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i 2014 udgivet *'Retningslinjer for koordinerende indsatsplaner'*, der præciserer, hvem der er målgruppen for indsatsplanerne, hvad der er formålet med dem, og hvad der er målet for borgeren. Det er præciseret, at borgeren skal give sit samtykke til, at der skal arbejdes med en koordinerende indsatsplan, og det fremgår flere steder i retningslinjerne, at borgerens ønsker til indsatsplanens indhold skal prioriteres.

Målgruppen

Det slås fast i retningslinjerne, at målgruppen for udarbejdelse af individuelle koordinerende indsatsplaner er voksne (over 18 år): *"med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulant i psykiatrien og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger."* (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 5.) Det præciseres i retningslinjerne, at der:

- Ved ambulant behandling i psykiatrien forstås borgere, der er i ambulant psykiatrisk behandling i sygehuspsykiatrien, lokalpsykiatrien eller distriktspsykiatrien, og de psykiske lidelser kan f.eks. være skizofreni, angst, udviklingsforstyrrelser, affektive lidelser mv.
- Ved komplekse sociale problemstillinger forstås: *"forhold, som er kendetegnet ved, at en person er, eller er i fare for at blive marginaliseret. Konkrete sociale problemer omfatter blandt andet: Kriminalitet, prostitution, udadreagerende adfærd, indadreagerende adfærd, seksuelt krænkende adfærd, omsorgssvigt, social isolation, selvskadende adfærd, selvmordstanker og -forsøg, overgreb, misbrug og hjemløshed"* (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 5ff).

Der er således tale om en indsats, som skal støtte de unge over 18 år. Disse unge har en eller flere psykiatriske diagnoser, de har eller har haft et problematisk forbrug af rusmidler, og for de fleste har de haft eller har komplekse sociale problemstillinger, der også har givet dem vanskeligheder i forhold til deres skolegang, boligsituation m.v. For en del af de unge i Ungepanelet og unge til forældre i Forældrepanelet har der imidlertid også været aktuelle koordinationsproblemer inden de unge blev 18 år, men disse unge er ikke omfattet af retningslinjerne for de koordinerede indsatsplaner, medmindre region og kommuner har indgået særlige aftaler om dette.

Formål og mål for koordinerende indsatsplaner

De mange professionelle (og ofte også private) aktører i de unges liv skaber behovet for koordination og formålet er derfor også *"at skabe overblik over de indsatser, som borgeren modtager, og dermed være en samlende plan for koordination af den psykiatriske behandling og misbrugsbehandling"* (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 10). På baggrund heraf foretager de inddragede parter en fælles prioritering af, hvilke indsatser, der skal

iværksættes, og i hvilken rækkefølge de skal tilbydes. Indholdet af den koordinerede indsatsplan skal afstemmes i forhold til borgerens ønsker og prioriteringer og målet for indsatsplanerne er at skabe en bedre sammenhæng i den enkelte borgers forløb (*Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 4*).

Hvad ved vi om implementering og evt. effekter af de koordinerende indsatsplaner?

KORA (nu VIVE) har i 2017 gennemført en mindre evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune (*Buch og Petersen, 2017*): ". Det fremgår af evalueringen, at de koordinerende møder, når det har virket optimalt, har medvirket til, at:

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

Samtidig peger evalueringen på, der er en række udfordringer i praksis, hvis de koordinerende indsatsplaner skal virke efter formålet. Disse har været:

- Hvem tager initiativ til at oprette en plan – og er det at tage initiativ det samme som at tage ansvaret for planen?
- Hvornår involveres borgere og pårørende i planen, og hvordan man overhovedet får borgerne til at give samtykke?
- Hvordan undgår man at planen ender som endnu et redskab, der konkurrerer med allerede eksisterende planer?
- Hvordan samles tværgående viden i planen, og hvordan vedligeholdes planen på tværs af sektorer og systemer?
- Hvem gør hvad, når planens rationelle og langsigtede perspektiv går i vasken i mødet med en kaotisk borger, der netop ikke er i stand til at følge en plan?
- Hvem er tovholder for planen, og hvilke kompetencer skal tovholderen have?
- Hvilke forpligtelser har de involverede aktører i at realisere planen – og hvor meget tid skal de i sidste ende allokere til det enkelte forløb? (*VIVE's nyhedsbrev 11/12 2017: Koordinerende indsatsplaner sætter spot på centrale problemer*)

Disse foreløbige erfaringer er nogenlunde enslydende med andre erfaringer, vi i Alliancen for unge med Dobbelt diagnose har fået, når vi har talt med fagpersoner rundt om i landet. Generelt er det svært at få implementeret en ensartet blivende praksis på landsplan, men samtidig er der steder, hvor der har udviklet sig en praksis, og hvor der i alle kommuner gennemføres forløbskoordination. Det er f.eks. tilfældet i Region Syddanmark, men også her er der forskelle på, hvilken hjælp de unges tilbydes. I Regionens store kommuner henvises unge under 18 år typisk til Rusmiddelcentret og nogle rusmiddelcentre har særlige tilbud til de unge. I de mindre kommuner 'opfyldes' behandlingsgarantien oftest ved, at der bevilges en kontaktperson, mens den børnefaglige undersøgelse gennemføres. Det betyder, at der nogle steder i Regionen er ventetider på egentlig behandling op til 4-5 måneder, hvilket jo så ikke er i overensstemmelse med behandlingsgarantien.

Rammebetingelserne for forløbskoordination/fælles indsatsplaner i Region Syddanmark

Region Syddanmark har valgt at lade forløbskoordination gælde alle, hvilket betyder, at det også gælder unge under 18 år. Det betyder rent organisatorisk og lovgivningsmæssigt, at forløbskoordinatorerne, der har ansættelse i Regionen, udover at skulle samarbejde med de kommunale myndighedsafsnittene og leverandører for voksne, også skal samarbejde med de kommunale myndighedsafsnit for børn og familier

og leverandørerne tilknyttet dette område (familiehuse, kontaktpersoner, anbringelsessteder osv.) og støttemulighederne i skoleregion (f.eks. PPR/psykologenhederne). Samtidig stiller det krav om, at forældrene skal tænkes aktivt ind i de fælles indsatsplaner, da de jo har forældremyndigheden over deres børn og unge under 18 år, hvilket selvfølgelig har betydning for de lovområder, som forløbskoordinatoren skal have kendskab til og medtænke, når den fælles indsatsplan skal udarbejdes.

Samtidig har Børne- og Ungdomspsykiatrien i Sydjylland, Esbjerg (BUP-Esbjerg) en aldersgrænse, som går op til 20 år, hvorefter de unge enten afsluttes til opfølgning ved egen læge eller viderehenvises til voksenpsykiatrien. Aldersgrænsen på 20 år betyder, at de unge undgår at skifte til voksenområdet både kommunalt og regionalt ved det 18. år. Dette gør overgange mere smidige for de mest ressourcetsvage unge, som forløbskoordinatorerne arbejder med.

Indgangen til forløbskoordination

BUP-Esbjerg gennemførte i opstarten af indsatsen en besøgsrunde til de 5 kommuner (Esbjerg, Varde, Vejen, Fanø og Billund kommune), der er BUP-Esbjergs optageområde. Det kom der en fælles aftale ud af, hvor hovedpunkterne er, at:

- Første instans som erfarer, at barn/ung har et forbrug af rusmidler, kontakter forløbskoordinator, som tilbyder barnet/den unge og forældre forløbskoordination. Hvis forløbskoordinatoren skal være en aktiv part, kræver det samtykke fra både den unge og forældrene
- Barnet/den unge og forældre (hvis den unge er under 18 år) indkaldes til opstartsmøde ved forløbskoordinator i BUP-Esbjerg. Psykiatriloven rummer dog mulighed for, når barnet er over 15 år, at forældrene ikke nødvendigvis skal deltage i samtalen, men de skal orienteres om behandlingsplan m.v.
- Forløbskoordinator udarbejder en underretning til kommunen, hvis barnet/den unge er under 18 år (jf Servicelovens kap. 27).

De unge kan både være i dag-, ambulant- og døgnbehandling.

I forhold til forløbskoordinatorens rolle er den naturligvis primært koordinerende mellem kommune/kommunale misbrugsbehandling og BUP, hvilket kræver at forløbskoordinatorens viden om 'sagen' hele tiden er up-to-date. Det kræver en del telefonsamtaler, samarbejds møder (især i sager med stor kompleksitet), ligesom forløbskoordinatoren også er fast mødeleder og referent på netværksmøder, hvor der anvendes Åben Dialog¹.

Forløbskoordinationsindsatsen i BUP er ikke evalueret samlet, men de tilbagemeldinger der kommer fra de lokale implementeringsgrupper, er generelt positive. Kommuner og Region oplever således, at det er:

- samarbejdsfremmende, at forløbskoordinatoren er den samme person, og der ikke sker skift i denne centrale funktion
- samarbejdsfremmende at koordinator ikke er behandlingsansvarlig i forhold til den unge
- samarbejdsfremmende med et højt kommunikationsniveau fra forløbskoordinator

Samtidig med disse tilbagemeldinger fra kommunerne, anser BUP også forløbskoordination som en styrkelse af arbejdet i hverdagen. Således er tilbagemeldingerne fra BUP-døgn og BUP-ambulant, at:

- personalet aflastes så de kan koncentrere sig om behandlingsarbejdet

¹ Åben Dialog er en inddragende og koordinerede metode, der bygger på syv principper for dialogen og mødet, og som har vist særdeles gode resultater bl.a. i forhold til behovet for akut psykiatrisk behandling (oplæg af Ledende overlæge Klaus Müller-Nielsen på Dansk Fagligt Netværk for Dobbelt diagnoses konference: Meeting the Dragon)

- koordinatorfunktion varetages af en ikke-behandlingsansvarlig

Perspektiver

Forløbskoordination hænger tæt sammen med integreret behandling, parallel behandling og fælles mål, fordi forløbskoordination handler om, hvordan der kan bygges bro mellem forskellige organisatoriske enheder, så der kan arbejdes med behandlingsforløb, der er parallelle, men hvor der arbejdes med at få de enkelte elementer i forløbene til at fremtræde som integrerede (Hansen, 2019; Thylstrup og Johansen, 2019; Jensen, 2019.). Generelt rummer retningslinjerne for koordinerende indsatsplaner gode intentioner om at lette samarbejdet på tværs, men samtidig er der meget der tyder på, at retningslinjerne ikke har fundet udbredelse i langt den største del af landet, og at det kun undtagelsesvist fungerer i praksis. KORA-evalueringen fra 2017 pegede på, at en række grundlæggende problemstillinger fortsat mangler at blive håndteret og løst, hvor en del af disse problemstillinger måske kan ses som et mere strukturelt problem, hvor der skal findes løsninger, før selve koordinationsproblemet kan løses.

Den meget forskelligartede anvendelse af og mangel på anvendelse af forløbskoordination i forhold til unge med dobbeltdiagnose peger på et behov for, at der udvikles, afprøves og evalueres forskellige modeller for forløbskoordination, og at disse udviklingstiltag samles og koordineres i en organisatorisk enhed, der også arbejder med udvikling og implementering af fælles retningslinjer for området.

Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose

Unge ramt af både psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler falder ofte mellem flere stole, når de har brug for hjælp.

Derfor har **Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose** i 2018-19 undersøgt, hvordan vi kan styrke og kvalificere hjælpen til de unge og deres familier. Alliancen er igangsat og støttet af Helsefonden, og består af unge og forældre med personlige erfaringer samt af forskere og fagpersoner med viden og praktisk erfaring fra området.

Denne artikel er én blandt flere baggrundsartikler, der er skrevet som opsamling på Alliancens arbejde. Essensen af baggrundsartiklerne er samlet i Alliancens Grøn bog, der er udgivet som oplæg til høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019.

Grøn bog og baggrundsartikler kan frit downloades her:

- www.dobbeltdiagnose.net
- www.spuk.dk
- www.pihl-inklusive.dk

Litteratur:

Buch, Martin Sandberg & Petersen, Anne (2017): *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner*, VIVE, udgivet af KORA.

Jensen, Peter (2019): *Fælles mål for indsatserne til unge med dobbelt belastning/-diagnose*; Artikel, kan frit downloades på hjemmesiderne: www.dobbeltdiagnose.net; www.spuk.dk; www.pihl-inklusive.dk

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*, Sundhedsstyrelsen.

Hansen, Susanne Pihl (2019): *Hvordan organiserer vi behandlingen af unge med dobbeltdiagnose i dag?* Artikel, kan frit downloades på hjemmesiderne: www.dobbeltdiagnose.net; www.spuk.dk; www.pihl-inklusive.dk

Thylstrup, Birgitte og Johansen, Katrine Schepelern (2019): *Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om unge med dobbeltdiagnoser*; Artikel, kan frit downloades på hjemmesiderne: www.dobbeltdiagnose.net; www.spuk.dk; www.pihl-inklusive.dk