



KKR
SJÆLLAND

De 17 kommuner
i Region Sjælland

Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug

November 2017

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN
-vi er til for dig

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
1. INDLEDNING	3
1.1 Fælles anbefalinger	3
1.2 Indledning.....	4
1.3 Værdigrundlag: Vi siger ja sammen!	5
1.4 Forløbsprogrammet er skrevet til fagprofessionelle og ledelsesrepræsentanter	6
2. MÅLGRUPPEN.....	7
2.1. Definition af målgruppen	7
2.2 Baggrundsviden.....	7
2.3 Vurdering af behov for koordineret indsats.....	9
3. INDSATSER.....	11
3.1 En samtidig behandling og en koordineret indsats.....	11
3.2 Den koordinerende indsatsplan	12
3.3 Koordinationsmødet	16
3.4 Koordinator	20
3.5 Hvis man bliver forhindret i at deltage i et koordinationsmøde.....	21

3.6 Understøttende redskaber – til arbejdet med og omkring borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug	22
3.7 Kommunikation	23
3.8 Adgang til Psykiatrien	24
3.9 Adgang til kommunerne	29
4. ORGANISERING	33
4.1 National ramme: Hvem har ansvar for hvad?	33
4.2 Tværsektoriel ramme: Sundhedsaftalen 2015-2018	34
5. IMPLEMENTERING	39
5.1 Implementering af forløbsprogram	39
6. OPFØLGNING OG TILPASNING AF FORLØBSPROGRAMMET FREMADRETTET	42
Bilagsliste	43

1. INDLEDNING

1.1 Fælles anbefalinger

- Borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug har samme ret til udredning, behandling og indsatser som andre
- Vi siger JA til at samarbejde med og omkring borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug
- Vi anvender den koordinerende indsatsplan til at sikre borgeren en samtidig behandling og en koordineret indsats

1.2 Indledning

Indsatsen for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug er et fælles regionalt og kommunalt anliggende, og bedste praksis på området er en samtidig behandling og en koordineret indsats.

Dette forløbsprogram beskriver, hvordan Psykiatrien og de 17 kommuner i Region Sjælland har aftalt at samarbejde og koordinere indsatser for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Samarbejdet med og omkring mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug er aftalt i regi af "Sundhedsaftalen 2015-18".

Formålet med forløbsprogrammet er at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen. Det er med forventning om gevinsterne i figur 1, at forløbsprogrammet skal sikre en sammenhængende indsats og en fælles forståelses- og referenceramme i forhold til målgruppen.

Forløbsprogrammet er anvendelsesorienteret og praksisnært. Det fungerer herudover som et organisatorisk redskab, der rammesætter en struktur for og formalisering af samarbejdet på tværs af sektorer, således at mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug ikke i fremtiden falder imellem de to "berømte" stole og oplever at blive tabt i systemerne.

Figur 1. Mulige gevinster ved sammenhængende forløb (Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser).





1.3 Værdigrundlag: Vi siger ja sammen!

Vi siger ja sammen med borger:

- Et forløb med den koordinerende indsatsplan kan kun sættes i gang, hvis borgeren siger ja
- Borgerens drømme, ønsker og behov danner udgangspunkt for forløb med den koordinerende indsatsplan

Værdigrundlaget for forløbsprogrammet er, at vi siger ja sammen. Vi er sammen om at hjælpe mennesker på vej.

I praksis betyder det, at:

- Alle fagprofessionelle tager imod borgeren, som henvender sig for at få hjælp. Skal borgeren have hjælp et andet sted, hjælper vi borgeren videre
- Den fagprofessionelle, der bliver opmærksom på behovet for en koordineret indsats hos en borger med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, starter den koordinerende indsatsplan op og inviterer til et samarbejde
- Vi siger ja, når vi inviteres til at deltage i et forløb med en koordinerende indsatsplan



1.4 Forløbsprogrammet er skrevet til fagprofessionelle og ledelsesrepræsentanter

Forløbsprogrammet henvender sig til ledelsesrepræsentanter i de berørte organisationer og de mange fagprofessionelle, der arbejder med og omkring borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Andre personer såsom borgere og pårørende skal derfor have det in mente, når forløbsprogrammet læses.

Forløbsprogrammet tager udgangspunkt i *Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser* (Social- & Sundhedsstyrelsen, 2015), og forløbsprogrammet følger derfor opbygningen i den generiske model.

Læsevejledning

Forløbsprogrammets indledende kapitel efterfølges af kapitel 2 der har fokus på forløbsprogrammets målgruppe og figuren "Vurdering af behov for koordineret indsats". Figuren skal hjælpe fagprofessionelle med at vurdere borgerens aktuelle situation og behov for koordination i det videre forløb.

Kapitel 3 omhandler konkrete indsatser. Her præsenteres den koordinerende indsatsplan, som er det centrale redskab i forhold til at sikre målgruppen en samtidig behandling og en koordineret indsats. Derudover beskrives adgangen til Psykiatrien og til de 17 kommuner i Region Sjælland.

I kapitel 4 gives der et overblik over organiseringen på området, og kapitel 5 og 6 omhandler implementering og monitorering af forløbsprogrammet.

Undervejs i forløbsprogrammet vil der være talebobler, der markerer brugerrepræsentanternes inputs til forløbsprogrammet.

2. MÅLGRUPPEN

2.1. Definition af målgruppen

- Borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, som har komplekse sociale problemstillinger (udredte såvel som ikke udredte) eller
- Borgere med psykisk lidelse, som behandles i sygehuspsykiatrien, og som har et samtidigt misbrug (udredte såvel som ikke udredte)

Målgruppen er borgere, der er 18 år og opefter, og som er bosiddende i en af de 17 kommuner i Region Sjælland.

2.2 Baggrundsviden

Målgruppen er bred. Målgruppen inkluderer både borgere, der har fået deres psykiske lidelse og misbrug udredt, og borgere der endnu ikke er udredte, men har symptomer på psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

Forløbsprogrammet forholder sig til to overordnede grupper. Gruppe 1 er voksne, som behandles for deres psykiske lidelse hos privatpraktiserende psykiatere og privatpraktiserende læger/psykologer, og gruppe 2 er voksne, som behandles for deres psykiske lidelse i sygehuspsykiatrien.

I rapporten *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* (2013) står der, at antallet af patienter i voksenpsykiatrien i Danmark i 2011 udgjorde 93.500, at antallet af patienter hos privatpraktiserende psykiatere udgjorde 57.700 og at mindst 500.000 årligt henvender sig til egen læge med psykiske problemer (Regeringens udvalg, 2013 s.72-73). Disse tal kan bruges til at kaste lys over, hvordan en national tredeling i forhold til behandling af psykiske lidelser ser ud; 14% af borgerne med psykisk lidelse behandles i sygehuspsykiatrien, 9% behandles hos privatpraktiserende psykiatere og 77% hos egen læge eller privatpraktiserende

psykologer. Tallene på området er usikre, men tredelingen indikerer, at størstedelen af målgruppen behandles hos privatpraktiserende læger og privatpraktiserende psykologer.

I Psykiatrien i Region Sjælland var antallet af indlagte og ambulante patienter 13.385 i 2016, og i de 17 kommuner i regionen var der i 2016 indskrevet 5301 borgere i den kommunale misbrugsbehandling.

Undersøgelser viser, at ca. 30% af de patienter, som er i kontakt med sygehuspsykiatrien, også har en misbrugsproblematik (Merinder, 2009; Toftdahl et al., 2015). En undersøgelse af psykolog Steen Guldager viser, at ca. 80% af misbrugerne i den kommunale misbrugsbehandling har mindst én psykisk lidelse ud over afhængighed (Guldager et al., 2011).

Antallet af patienter, der er indskrevet i Psykiatrien i Region Sjælland, og som har fået diagnosticeret deres psykiske lidelse og misbrug, er opgjort til at være 1790 personer i 2016. Det er forventeligt, at antallet af borgere, der bliver diagnosticeret med psykisk lidelse og samtidigt misbrug vil stige i takt med den øgede opmærksomhed på målgruppen. Derudover er der et mørketal, da en stor del af målgruppen ikke er i berøring med sygehuspsykiatrien.

På den baggrund er det svært at beskrive målgruppens samlede størrelse i Region Sjælland. Socialstyrelsen påpeger på sin hjemmeside, at underdiagnosticering og mangelfuld registrering udfordrer området, og dertil kommer underrapportering fra borgerens side.

Udarbejdelsen af koordinerende indsatsplaner i Region Sjælland er en indsats, som giver mulighed for at monitorere målgruppen. På den måde kan viden om målgruppens køns- og aldersfordeling, beskæftigelsesstatus, forsørgelsesgrundlag, misbrug, genindlæggelser og antal indlæggelsesdage fremadrettet styrkes og kvalificeres.

Ramme for samarbejde

Gruppe 1: Borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, som har komplekse sociale problemstillinger.

Denne gruppe behandles som udgangspunkt hos egen læge, privatpraktiserende psykiater eller privatpraktiserende psykolog. For nogle borgere startes samarbejdet op i kommunen med henblik på udredning og diagnosticering og involvering af sygehuspsykiatrien.

Gruppe 2: Borgere med psykisk lidelse, som behandles i sygehuspsykiatrien, og som har et samtidigt misbrug.

Denne gruppe behandles for den psykiske lidelse i sygehuspsykiatrien og vil som oftest også have kommunale indsatser.

2.3 Vurdering af behov for koordineret indsats

Hvis man er i kontakt med en borger i den definerede målgruppe, kan man anvende figuren ”Vurdering af behov for koordineret indsats” til at vurdere borgerens aktuelle situation og behovet for koordination i det videre forløb (se figur 2, side 10).

Figuren er handlingsanvisende, og målet er at fagprofessionelle starter den koordinerende indsatsplan op og anvender planen som redskab til at sikre borgeren en samtidig behandling og en koordineret indsats.

Opstart af den koordinerende indsatsplan sker typisk i enten psykiatrien eller i kommunen. Ansatte i almen praksis eller i andre organisationer (f.eks. private bosteder, Novavi m.fl.) kan godt starte den koordinerende indsatsplan op, men der er også mulighed for at rette henvendelse til den pågældende borgers kommune/kommunale kontaktperson.

VURDERING AF BEHOV FOR KOORDINERET INDSATS

MÅLGRUPPER	BORGERE MED PSYKISK LIDELSE OG SAMTIDIGT MISBRUG, SOM HAR KOMPLEKSE SOCIALE PROBLEMSTILLINGER (GRUPPE 1)	BORGERE MED PSYKISK LIDELSE OG SAMTIDIGT MISBRUG, SOM BEHANDLES I PSYKIATRIEN (GRUPPE 2)
BOLIG	Stabil, usikker eller truet boligsituation. Ingen bolig/ boligløs.	Stabil, usikker eller truet boligsituation. Ingen bolig/ boligløs.
SYMPTOMER PÅ PSYKISK LIDELSE	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på arbejdspræstation, kommunikation og samvær med andre. Vil helst undgå familie og venner. Kan for det meste observere og reflektere over handlinger, tanker og følelser i forhold til lidelsen, men har på særlige områder svært ved det og reagerer i kritiske situationer uhensigtsmæssigt. Har svært ved at aflæse egne eller andres intentioner og kan overvældes af symptomer.	Har helt eller delvist opgivet at mestre symptomer. Har sikker påtrængende fornemmelse af at have problemer. Kan mene, at det er andre mennesker eller ydre omstændigheder, der kan være årsag til problemerne. Ingen eller kun lidt psykologisk indsigt i forhold til sygdommen. Udøver ofte uhensigtsmæssig adfærd. Erkender ikke eller vægrer sig imod behandlings- og eller støttebehov.
SYMPTOMER PÅ AFHÆNGIGHED OG MISBRUG	En stærk trang til at indtage det pågældende stof (craving). Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen. Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse. Toleransudvikling. Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug. Fortsat brug trods erkendt skadevirkning.	En stærk trang til at indtage det pågældende stof (craving). Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen. Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse. Toleransudvikling. Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug. Fortsat brug trods erkendt skadevirkning.
UDREDNING OG BEHANDLING	Borger kan være udredt for psykisk lidelse og misbrug såvel som ikke udredt. Borger kan være igang med behandling.	Borger kan være udredt for psykisk lidelse og misbrug såvel som ikke udredt. Borger kan være igang med behandling.
OMGIVELSERNES STØTTE/NETVÆRK	Kontakten til venner og familie er svingende eller stærkt indskrænket. Netværkets støtte er ustabil eller insufficient, men kan intensiveres i krisesituationer.	Er svært usikker på betydningen af venskaber og sociale relationer. Støtten fra netværket er helt insufficient og dysfunktionelt. Isoleret fra samvær med andre/ intet netværk. Evt. udnyttet eller misbrugt af andre.
FORSØRGELSESGRUNDLAG	Selvforsørgende. Kontanthjælp. Sygedagpenge. Pension.	Selvforsørgende. Kontanthjælp. Sygedagpenge. Pension.
BESKÆFTIGELSE, UDDANNELSE ELLER ANDET	Borger kan være i beskæftigelse eller uddannelse. Borger kan også være sygemeldt eller stå udenfor arbejdsmarkedet.	Borger kan være i beskæftigelse eller uddannelse. Borger kan også være sygemeldt eller stå udenfor arbejdsmarkedet.
GRAD AF KOORDINERING SAMARBEJDSFORM	 KOORDINERENDE INDSATSPLAN  Indhent samtykke, kortlæg netværk, hold koordinationsmøde, aftal koordinator	

Figur 2. Vurdering af behov for koordineret indsats.

3. INDSATSER

3.1 En samtidig behandling og en koordineret indsats

Det der virker i forhold til at hjælpe borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug på vej – og som er bedste praksis på området – er en samtidig behandling og en koordineret indsats (Social- og Sundhedsstyrelsen, 2014).

I dette kapitel vil vi se nærmere på konkrete indsatser i forhold til målgruppen.

Målgruppen kan profitere af mange forskelligartede indsatser, der er uafhængige af om borgeren har kombinationen af psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Den indsats som er helt specifik i forhold til målgruppen er brugen af den koordinerende indsatsplan.

Dette kapitel fokuserer derfor på den koordinerende indsatsplan, der er det centrale samarbejdsredskab i forhold til at sikre borgeren en samtidig og koordineret indsats.

Borgerens adgang til henholdsvis psykiatrien og de kommunale organisationer beskrives også.

Jeg har set
indsatsplanen
have en fed
effekt hos en
med et kaotisk
liv.
Indsatsplanen
gav en retning.

3.2 Den koordinerende indsatsplan

Den koordinerende indsatsplan er det fælles samarbejdsredskab der bruges til at sikre borgeren en samtidig behandling og en koordineret indsats.

Den koordinerende indsatsplan er et lettilgængeligt redskab, der fungerer som både mødeforberedelse, dagsorden, referat og som en fælles plan, hvori der er indgået aftaler om fremadrettede indsatser samt hvem der er ansvarlig for disse.

Den koordinerende indsatsplan kan hjælpe til at kortlægge borgerens netværk. Man kan desuden få yderligere inspiration ved at bruge det understøttende redskab "Kortlægning af netværk" samt kigge i den udvidede kontaktpersonliste i bilag 2.

Den koordinerende indsatsplan kan hentes i word-format på www.regionsjaelland.dk/dobbeltdiagnose.



Hvorfor koordinerende indsatsplaner? Fordi det virker!

"Borgernes trivsel forbedres, samarbejdet øges, de rigtige behandlingstilbud (kommunalt eller regionalt) tilbydes og iværksættes hurtigere og mere effektivt – nogle gange endda forebyggende – og der opstår på koordinationsmøderne ofte brainstorming og faglig sparring og nysgerrighed omkring, hvordan vi i fælles flok og som en samlet enhed får givet borgeren den mest optimale og aktuelle behandling – i stedet for – hvad jeg oplevede tidligere en "dem og os" – tankegang om os i den kommunale misbrugsbehandling og "dem" i regionens psykiatri. Og hvor der oftest blev spurgt: "Hvad kan I gøre?" i stedet for – som jeg oplever nu: "Hvad kan VI gøre?". Jeg har fået værdifulde samarbejdspartnere i regionens psykiatriske tilbud og endnu vigtigere: jeg har qua den koordinerende indsatsplan fået en øget tilgængelighed til dem og deres viden om borgeren og faglighed til gavn for mine borgere."

Citat fra misbrugsbehandler i Center for Stof- og Alkoholbehandling (CAS) i Roskilde

Den koordinerende indsatsplan understøtter forløbet for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Der er tre overordnede trin i borgernes forløb:

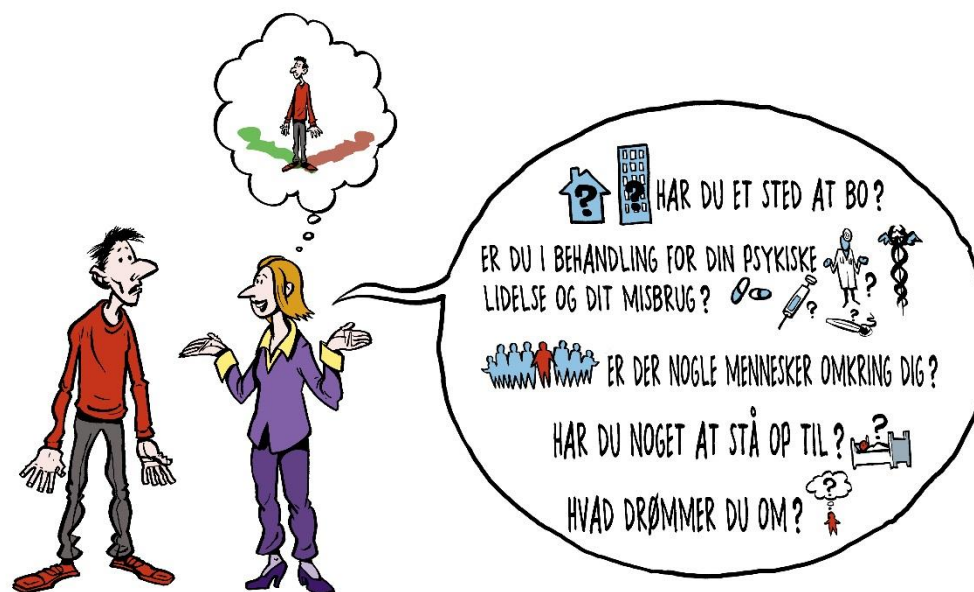
1. Opmærksom på psykisk lidelse og samtidigt misbrug:

- Den fagprofessionelle, der er i kontakt med borgeren, bliver opmærksom på borgerens psykiske lidelse og samtidige misbrug
- På baggrund af dialog med borgeren, anvender den fagprofessionelle figuren "Vurdering af behov for koordineret indsats" (figur 2 side 10) til at vurdere borgerens aktuelle situation og behovet for koordination i det videre forløb

Engager borgeren

Et forløb med en koordinerende indsatsplan tager altid udgangspunkt i borgeren. Borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug er ofte i en meget svær situation, derfor er det vigtigt at have fokus på:

- At opbygge en god relation til borgeren
- At understøtte borgeren i forløbet, så forløbet skabes med udgangspunkt i borgerens drømme, ønsker og behov



Figur 3. Opmærksom på psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

2. Opstart af koordinerende indsatsplan og kortlægning af netværk:

- Den fagprofessionelle starter den koordinerende indsatsplan op. Den fagprofessionelle vil typisk være ansat i psykiatrien eller i kommunen. Ansatte i almen praksis eller i andre organisationer (f.eks. private bosteder, Novavi m.fl.) kan godt starte den koordinerende indsatsplan op, men der er også mulighed for at rette henvendelse til den pågældende borgers kommune/kommunale kontaktperson
- Den fagprofessionelle præsenterer den koordinerende indsatsplan for borgeren, gerne med brug af det understøttende redskab "Informationspjece til borger". Borger giver samtykke til at udarbejde og gå i gang med et forløb med den koordinerende indsatsplan
- Borgerens netværk kortlægges, gerne ved brug af redskabet "Kortlægning af netværk", og der inddrages pårørende og engageres en bred vifte af fagprofessionelle i samarbejdet, da der er brug for flere fagligheder til at kunne understøtte forløbet
- Der skrives en invitation til koordinationsmødet, gerne ved brug af redskabet "Invitation til Koordinationsmøde", som sendes til borger og dennes netværk



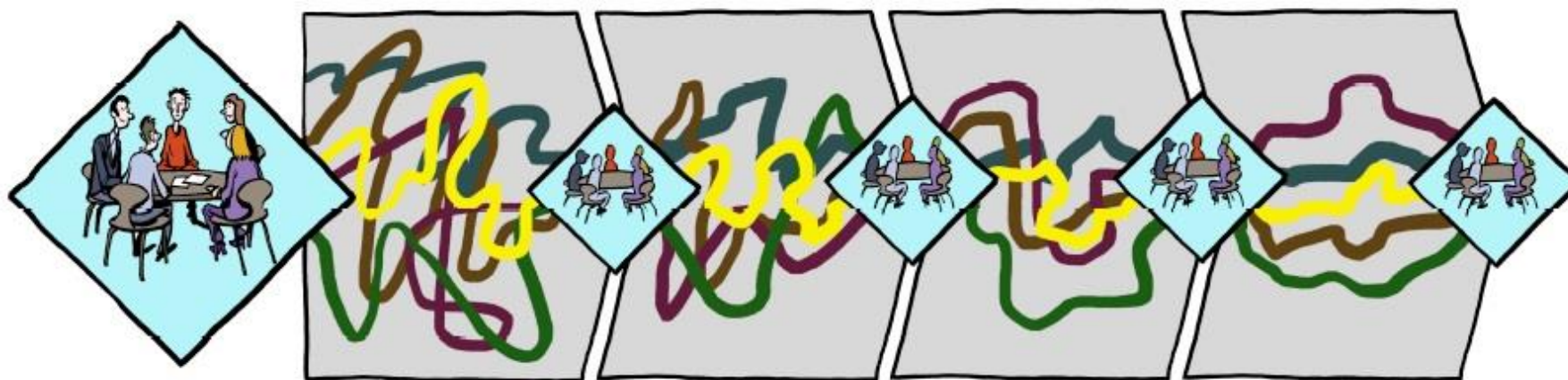
Figur 4. Opstart af koordinerende indsatsplan og kortlægning af netværk.

Tvær- eller monosektorielt?

Den koordinerende indsatsplan kan udarbejdes i tværsektorielle forløb, såvel som i forløb, hvor der kun skal koordineres internt i én sektor (region eller kommune).

3. Forløb med koordinerende indsatsplan

- Der afholdes et koordinationsmøde, hvor der udarbejdes en koordinerende indsatsplan. Der skabes overblik over borgerens aktuelle situation og behov, og konkrete indsatser drøftes og aftales
- Forløb for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug er meget forskellige, og antallet af koordinationsmøder kan variere. Dét forløbene har til fælles er, at borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug skal sikres en samtidig behandling og en koordineret indsats. Det er helt afgørende i forhold til at skabe kvalitet og sammenhæng i det enkelte forløb



Figur 5. Forløb med koordinerende indsatsplan.

3.3 Koordinationsmødet

Psykiatrien og de 17 kommuner i Region Sjælland prioriterer deltagelse i koordinationsmøder med målgruppen. Koordinationsmødet er et fællesmøde, hvor borgeren, pårørende og relevante fagprofessionelle er samlet, og hvor der i fællesskab udarbejdes en koordinerende indsatsplan. Psykiatrien deltager i koordinationsmøder, hvor borgeren er tilknyttet psykiatrien. I det følgende beskrives hvad der sker før, under og efter et koordinationsmøde.

Før koordinationsmødet

- Hent den koordinerende indsatsplan og vejledning på hjemmesiden:
www.regionsjaelland.dk/dobbeltdiagnose
- Engager borger i arbejdet med den koordinerende indsatsplan, gerne med brug af redskabet "Informationspjece til borger", indhent samtykke fra borger
- Udfyld stamdata i den koordinerende indsatsplan
- Kortlæg borgers netværk, gerne med brug af redskabet "Kortlægning af netværk" og udfyld listen over kontaktpersoner
- Skriv en invitation til koordinationsmødet, gerne med brug af redskabet "Invitation til koordinationsmøde". Invitationen kan indeholde:
 - Formålet, som er at sikre en samtidig behandling og en koordineret indsats
 - En kortfattet begrundelse for invitationen
 - Borgers aktuelle situation
 - En anmodning om at medbringe viden fra borgers andre aktuelle planer til koordinationsmødet
- Kontaktperson/visitator i kommunen kan kontaktes for at bistå i forhold til at indhente information om navn, e-mailadresse og telefonnummer på borgers kontaktpersoner i de kommunale enheder

KOORDINATIONSMØDET
FOR BØRGERE MED
PSYKISK LIDELSE OG
SAMTIDIGT MISBRUG

Plant et frø, så
hvis mennesket
ikke vil i dag, så
måske i morgen.

- Etabler eventuelt en mailgruppe, der kan anvendes til at invitere borgers kontaktpersoner via sikker mail

Inddragelse af borger med psykisk lidelse og samtidigt misbrug i forløb med den koordinerende indsatsplan

- Borger involveres i arbejdet med den koordinerende indsatsplan, gerne med brug af redskabet "Informationspjece til borger". Indsatsplanen præsenteres og forklares for borger, som godkender denne måde at arbejde med sine problemstillinger på. Borger giver samtykke til at udarbejde indsatsplanen
- Sammen med borger kortlægges netværket, både de pårørende som borger ønsker at involvere, og fagprofessionelle. Brug gerne redskabet "Kortlægning af netværk"
- Den fagprofessionelle gennemgår mødets afholdelse og forløb med borger. Det er vigtigt at drøfte, hvordan det er muligt for borger at deltage i koordinationsmødet. Hvad skal der til for, at borger føler sig tryk på mødet? Hvor meget ønsker borger selv at sige, skal der være pauser undervejs og ønsker borger at deltage på hele mødet eller blot en del af det? Overvej eventuelt om borger skal tilbydes mulighed for at deltage virtuelt
- Hvis borger ikke deltager på mødet er det vigtigt, at den koordinerende indsatsplan bliver gennemgået med borger efter mødet. Borger godkender indsatsplanen
- Se gerne kortfilmen "Netværksmødet – set fra mit perspektiv" på www.regionsjaelland.dk/dobbeltdiagnose, hvor en borger med psykisk lidelse og samtidigt misbrug fortæller om sin oplevelse om koordinationsmødet

Det handler om at møde folk hvor de er – at tale i øjenhøjde.

Mødedeltagelse på borgerens præmisser.

Under koordinationsmødet

- Den fagprofessionelle, som har inviteret til mødet, er som udgangspunkt mødeleder
- Der vælges en referent – ikke mødelederen
- Referent registrerer hvem der er tilstede, og hvem der er afbud fra, og sikrer at kontaktoplysningerne på kontaktpersonerne er korrekte
- Referent udfylder den koordinerende indsatsplan på mødet. Det kan være en fordel at anvende en projektor, så mødedeltagerne kan følge med undervejs. Indsatsplanen fungerer som referat
- Mødeleder byder velkommen, sørger for en kort præsentationsrunde og sætter rammen for mødet (hvor lang tid er der, særlige ønsker vedrørende mødet fra borger m.m.)
- Der skabes overblik over borgers aktuelle situation, i en runde, med udgangspunkt i borger. Konkrete indsatser drøftes og aftales
- Næste mødedato aftales, og det aftales hvem af de tilstedeværende fagprofessionelle der er koordinator for borger frem til næste koordinationsmøde
- Mødeleder eller referent opsummerer de indgåede aftaler
- Borger godkender den koordinerende indsatsplan

Placer fordomme, meninger og holdninger på knagerækken.

Man kan hjælpe meget ved at skille tingene ad. Hvad er sygdom og hvad er mennesket?

Sig tingene som de er, no bullshit.

Læg planer for behandlingen efter borgerens behov og ønsker.



Figur 6. Koordinationsmødet.

Efter koordinationsmødet

- Hvis borger ikke har deltaget på mødet, gennemgås den koordinerende indsatsplan med borger efter mødet, og borger godkender indsatsplanen
- Den koordinerende indsatsplan sendes via sikker mail til alle kontaktpersoner, også dem som ikke deltog på mødet
- Koordinator sikrer en koordineret indsats i henhold til de indgåede aftaler og sikrer afholdelse af opfølgende koordinationsmøde(r)
- Ved afvigelser fra den koordinerende indsatsplan, er det den enkelte kontaktpersons ansvar at melde tilbage til koordinator. Det er koordinators opgave at sørge for, at de relevante parter orienteres og får mulighed for at reagere

Der skal ske noget, hvis det viser sig at borgeren ikke kan overholde sine aftaler.

3.4 Koordinator

Borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug har brug for at få koordineret deres forløb. Derfor er det vigtigt, at der udvælges en koordinator på koordinationsmødet. Det er koordinatoren, som sikrer en koordineret indsats i henhold til de indgåede aftaler i den koordinerende indsatsplan.

Hvem kan være koordinator?

- Koordinator vil typisk være en fagprofessionel med tæt kontakt til borgeren
- Koordinatorfunktionen varetages typisk af ansatte i psykiatrien eller i kommunen, men det kan også være fagprofessionelle fra andre organisationer
- Det aftales på koordinationsmødet, hvem af de tilstedeværende fagprofessionelle der er koordinator frem til næste koordinationsmøde
- Koordinatorfunktionen kan skifte undervejs i forløbet og på koordinationsmødet overgå til en anden fagprofessionel

Det er ikke nødvendigvis et problem med 7 sagsbehandlere. Det er fint, at de er specifikke, men der må være én til at tage teten og koordinere de 7. Det er vigtigt, at der er én som koordinerer.

Hvilke opgaver har koordinator?

- Koordinator kommunikerer på tværs: Koordinator er i løbende dialog med borger og borgers kontaktpersoner – og understøtter samarbejdet med og omkring borger
- Koordinator tager initiativ til et opfølgende møde: Koordinator sikrer, at der tages initiativ til afholdelse af koordinationsmøde(r)
- Koordinator er opmærksom: Ved afvigelser fra indsatser i den koordinerende indsatsplan sørger koordinator for at de relevante parter orienteres. Koordinator overtager ikke andres opgaver, men er opmærksom på om de aftalte indsatser lykkes

3.5 Hvis man bliver forhindret i at deltage i et koordinationsmøde

Bliver man som fagprofessionel forhindret i at deltage i et koordinationsmøde, er der flere alternative handlemuligheder, som kan sikre ens bidrag til koordinationsmødet.

- Orientering forud for mødet: Forud for koordinationsmødet kan man kort orientere om ens input og bidrag til det videre forløb, enten telefonisk eller via e-mail
- Suppleant-løsning: En kollega kan træde til som suppleant – i så fald forventes det, at suppleanten er sat godt ind i sagen
- Virtuel opkobling: Man kan koble sig op virtuelt på koordinationsmødet
- Telefonisk deltagelse: Man kan deltage via telefon på koordinationsmødet

3.6 Understøttende redskaber – til arbejdet med og omkring borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug

Arbejdet med og omkring borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug kræver et tæt samarbejde på tværs af sektorer. Det er de fagprofessionelle, der har ansvar for, at samarbejdet fungerer.

Der er udviklet en række redskaber til at understøtte en samtidig behandling og en koordineret indsats

- Den koordinerende indsatsplan: Det centrale redskab i forhold til at sikre borgeren en samtidig behandling og en koordineret indsats
- Vejledning: En vejledning til den koordinerende indsatsplan
- Eksempel på koordinerende indsatsplan: En allerede udfyldt plan
- Koordinationsmødet: En pjece der beskriver det gode koordinationsmøde og koordinatorfunktionen
- Informationspjece til borgere: En pjece henvendt til borger, som den fagprofessionelle kan anvende i samtale med borger
- Vejledning til Informationspjece til borger: En vejledning fagprofessionelle kan læse inden brug af Informationspjece til borger
- Kortlægning af netværk: Et redskab der hjælper til at kortlægge borgers netværk
- Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug: En harmonikafolder med fokus på forløbsprogrammet og arbejdet med den koordinerende indsatsplan
- Psykisk sygdom skal diagnosticeres men det skal misbrug også: En pjece med ICD10 misbrugsdiagnoserne
- Har patienten et misbrug?: En pjece om samtalen med patienten om misbrug
- Planer til koordinerende arbejde: En pjece med kortfattet information om de centrale planer til koordinerende arbejde i psykiatrien

3.7 Kommunikation

Kommunikation er et vigtigt element i arbejdet med den koordinerende indsatsplan.

Psykiatrien og de 17 kommuner i Region Sjælland vil sikre god kommunikation på tværs af sektorer og organisationer. Det er helt afgørende for at sikre kvalitet og sammenhæng i borgernes forløb.

Det betyder at:

- Vi sikrer, at breve, e-mails og telefonopkald bliver besvaret på hjælpsom vis
- Vi reagerer og orienterer hinanden, når vi vurderer, at behovet er der
- Vi har respekt for hinandens fagligheder og områder, hvor andre har beslutningskompetencen
- Vi kommunikerer på en konstruktiv måde, så vi i borgerforløbet kan skabe en fælles indsats og træffe fælles beslutninger
- Når der sker fejl i kommunikationen, er det et fælles ansvar at sikre en god kommunikation igen

3.8 Adgang til Psykiatrien

I det følgende beskrives borgerens adgang til Psykiatrien i Region Sjælland. Informationen er fra Region Sjællands hjemmeside.

Kontakt til Psykiatrien

Her kan du finde kontaktinformation på sengeafsnit og ambulante enheder i Psykiatrien i Region Sjælland:

http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/forloebprogram-for-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-samtidigt-misbrug/Sider/adgang-til-psykiatrien.aspx

Ved akut psykiatrisk behov

Man kan altid møde op i Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM) ved akut behov for psykiatrisk hjælp. Der findes Psykiatriske Akutmodtagelser i Roskilde, Slagelse og Vordingborg. Her kan du finde kontaktinformation til de Psykiatriske Akutmodtagelser i Region Sjælland:

<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/raadgivning/akut-hjaelp/psykiatriske-akutmodtagelser/Sider/default.aspx>

Udredning og behandling i psykiatrien

Det er Psykiatrisk Visitationsklinik, som har opgaven at sikre borgere i Region Sjælland en lige og hurtig adgang til psykiatrisk udredning og behandling.

Henvi sning:

- Psykiatrisk Visitationsklinik modtager lægehenvi sninger til voksenpsykiatrien. Henvi sningerne kan udarbejdes af praktiserende læger, privatpraktiserende psykiatere, læger på somatiske sygehuse, lægekonsulenter tilknyttet misbrugscentre eller andre læger, som har en patient i behandling
- Man kan få inspiration til en henvi sning i "Den gode henvi sning" i bilag 4. Endvidere er der en kort beskrivelse af hvad en henvi sning kan indeholde på Psykiatrisk Visitationsklinik's hjemmeside:
http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/psykiatrisk-visitationsklinik/for-fagpersoner/Sider/henvi sning-p%C3%A5-voksne.aspx

Visitation:

- Psykiatrisk Visitationsklinik visiterer dagligt, og borgeren får besked inden for otte hverdage. Psykiatrisk Visitationsklinik vurderer om henvi sningen indeholder tilstrækkelige oplysninger til, at visitering kan foretages, og om Psykiatrien har et behandlingstilbud til den henviste borger
- Afhængig af behandlingstilbud, patientens bopæl og ventetider visiterer Psykiatrisk Visitationsklinik til:
 - Et distriktpsikiatrisk team, hvor målgruppen fortrinsvis er mennesker med psykoser og/eller forventet længerevarende behandlingsforløb
 - En psykiatrisk klinik, hvor målgruppen primært er mennesker med ikke-psykotiske lidelser og med et forventeligt kortere behandlingsforløb
 - Center for Spiseforstyrrelse

- Afdeling for Specialfunktioner (Klinik for Liaisonpsykiatri, Ældrepsykiatrien, Klinik for Selvmordsforebyggelse og Klinik for Traumatiserede Flygtninge)
- Efter endt visitation bookes der tid til første ambulante besøg for patienten, dette gælder dog ikke Afdeling for Specialfunktioner, der selv indkalder patienten. Alle patienter skal have tid til første samtale inden for 30 dage for at kunne overholde behandlingsgarantien. Hvis ikke de 30 dages ventetid kan overholdes ved det nærmeste behandlingssted i optageområdet, vil patienten blive tilbudt et andet behandlingssted, som kan overholde garantien. Såfremt patienten ønsker det nærmeste behandlingssted på trods af ventetiden, skal patienten kontakte Psykiatrisk Visitationsklinik

Hvis der ikke er indikation for udredning og behandling:

- Hvis det vurderes, at der ikke er indikation for udredning og behandling i Psykiatrien, Region Sjælland ud fra henvisningen, kan der være flere årsager til dette: Udredningen og behandlingen kan lige så godt varetages udenfor sygehuspsykiatrien. Det kan evt. være hos egen læge, PPR, psykolog eller praktiserende psykiater. Måske mangler der kopi af tidligere undersøgelser eller lignende, før der kan tages stilling til henvisningen. Henvisningen kan være så mangelfuld på data, at den ikke kan behandles

Her kan du læse mere om Psykiatrisk Visitationsklinik i Region Sjælland:

http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/psykiatrisk-visitationsklinik/Sider/default.aspx

Visitationsklinikken har udarbejdet en operationel beskrivelse af målgruppen i sygehuspsykiatrien:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/patientforloeb/psykiatrien/maalgrupper-for-beh-i-voksenpsykiatrien/>

Har man spørgsmål til Psykiatrisk Visitationsklinik i Region Sjælland, kan man tage kontakt til Visitationsklinikken på telefon: 58 53 61 00 eller på e-mail: psy-visitation@regionsjaelland.dk.

Andre indsatser i Psykiatrien

Tidlig opsporing af psykose (TOP):

Top-teamet i Psykiatrien i Region Sjælland har en åben telefonlinje til borgere, der er bekymret for om de er ved at udvikle en psykose. Pårørende og fagprofessionelle kan også ringe til TOP. Hvis TOP på baggrund af samtalen vurderer, at der kan være tale om psykose, tilbyder TOP en undersøgelse inden for 24 timer – eller førstkomende hverdag.

Top kan kontaktes på tlf. 47 32 79 00 på hverdage mellem kl. 8.30-15.30

TOP's hjemmeside: <http://tophotline.dk/>

Psykiatrisk enhed for Information, brugerstyring og Recovery (PsykInfo):

PsykInfo tilbyder bl.a. anonym rådgivning og information om psykisk sygdom og psykiatri. Alle kan få en personlig eller telefonisk samtale med en medarbejder fra PsykInfos tværfaglige team. PsykInfo udfører ikke behandling.

PsykInfo kan kontaktes på tlf. 70 25 02 60 på hverdage mellem kl. 9-15, torsdag dog kl. 14-18 eller på e-mail psykinfo@regionsjaelland.dk. Der tilbydes psykiatrisk rådgivning i Nykøbing Falster, Næstved, Slagelse og Roskilde.

PsykInfo's hjemmeside: <http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/raadgivning/psykinfo/Sider/default.aspx>

Udredning og behandling hos privatpraktiserende psykiater

Hvis det vurderes, at borgeren har behov for udredning af sin psykiske lidelse, og borgeren ikke er visiteret til sygehuspsykiatrien, kan egen læge henvise til en privatpraktiserende psykiater.

Processen er som følger:

- Den praktiserende læge vurderer behovet og udfærdiger en henvisning
- På hjemmesiden www.sundhed.dk finder man en oversigt over privatpraktiserende psykiatere og deres ventetider. Man går på www.sundhed.dk og trykker på 'udvidet søgning'. Man indtaster 'psykiater' i navnefeltet og vælger 'Region Sjælland' i regionsfeltet
- Hvis ventetiden på en psykiater i Region Sjælland er lang, kan man søge en psykiater udenfor regionen
- Borgeren kontakter selv en privatpraktiserende psykiater

3.9 Adgang til kommunerne

Det er kommunerne der varetager stof- og alkoholbehandlingen, samt øvrige indsatser på beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet.

Nedenstående link skal sikre fagprofessionelle et hurtigt overblik og en let adgang til at kontakte kommunerne.

www.sundhed.dk

Vejledning til at finde kommunale enheder på sundhed.dk:

- Åben browser og skriv www.sundhed.dk
- Tryk på [Fagperson] øverst til venstre på siden
- I højre side finder du [Find behandler], herunder finder du feltet [Behandlingstilbud og centre], tryk på pilen og vælg Kommune
- Til højre kan du nu præcisere din søgning
- I feltet [Alle regioner] vælger du Region Sjælland
- I feltet [Alle kommuner] vælger du den givne kommune
- I listen til venstre i billedet finder du nu oplysninger på kommunale enheder

Regionale retningslinjer (åbnes i Internet Explorer)

- Koordinerende indsatsplan for patienter med psykisk lidelse og samtidigt misbrug:
<http://d4.regsj.intern/Doks/dokument.asp?DokID=486192&q=Indtast%20s%C3%B8geord...>
- Alkoholabstinensbehandling – visitation, monitorering og scoring:
<http://d4.regsj.intern/Doks/dokument.asp?DokID=462452&q=Indtast%20s%C3%B8geord>
- Henvisning fra primær sektor til Psykiatrien:
<http://d4.regsj.intern/Doks/dokument.asp?DokID=259665&q=Indtast%20s%C3%B8geord...>
- Tidligt opsporingsteam tilknyttet TOP (Tidlig Opsporing af Psykose):
<http://d4.regsj.intern/Doks/dokument.asp?DokID=304344&q=Indtast%20s%C3%B8geord...>
- Informeret samtykke:
<https://d4.regsj.intern/D4Doc/Book/RSJDdokument.asp?DokID=496588&fBookID=125716&fDokID=217173>
- Psykiatrisk Visitationsklinik:
<http://d4.regsj.intern/Doks/dokument.asp?DokID=317947&q=Indtast%20s%C3%B8geord...>

Norsk retningslinje

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser>

NICE guidelines (England)

- Drug misuse in over 16s: Psychosocial interventions:
<https://www.nice.org.uk/guidance/CG51>
- Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services overview:
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng58>

Sundhedsstyrelses forebyggelsespakker

- Sundhedsstyrelsen har udviklet en række forebyggelsespakker, som indeholder faglige anbefalinger til en kommunal sundhedsfremmende og forebyggende indsats:
<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>

Socialstyrelsens vidensportal

- I vidensportalens tema om borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug sætter socialstyrelsen primært fokus på voksne borgere, der udover psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, også har en række andre problemstillinger af fysisk, social, juridisk og økonomisk art:

<http://vidensportal.dk/voksne/psykiske-vanskeligheder-og-samtidigt-misbrug>

Viden om pårørendeinddragelse:

- I bilag 3 kan man få mere information om pårørendeinddragelse

4. ORGANISERING

4.1 National ramme: Hvem har ansvar for hvad?

Det er fastlagt i Sundhedsloven og Serviceloven, at borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug har ret til behandling. Ansvarsfordelingen i forhold til denne behandling er som følger:

- Det er kommunerne, der har ansvaret for misbrugsbehandlingen. Dog har Kriminalforsorgen ansvaret for indsattes misbrugsbehandling i Kriminalforsorgens institutioner, og regionen har ansvaret for misbrugsbehandlingen under sygehusindlæggelse samt ved akut afrusning og behandling af akut alkoholforgiftning
- Det er regionen, som har ansvaret for behandlingen af den psykiske lidelse, henholdsvis i sygehusvæsenet og i praksissektoren. Behandlingen kan foregå i sygehuspsykiatrien eller ved praktiserende psykiatere, praktiserende psykologer og praktiserende læger

Den lovmæssige ramme på området er tydeliggjort i brevet fra daværende sundheds- og ældreminister Sophie Løhde d. 3. juni 2016 (bilag 5).

Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner:

"Det skal understreges, at den regionale behandlingspsykiatri ikke må afvise at udrede eller behandle borgere med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed.

Ligeledes må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle personer med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse." (Social- & Sundhedsstyrelsen, 2014, s.4)

4.2 Tværsektoriel ramme: Sundhedsaftalen 2015-2018

Koordination og samarbejde mellem region og kommune er helt afgørende for at sikre målgruppen et sammenhængende forløb af høj kvalitet. Rammerne for samarbejdet mellem praksissektor, kommuner og sygehuse i Region Sjælland er fastlagt i sundhedsaftalen.

Her er udvalgt indhold fra sundhedsaftalen, som er særligt vigtigt i forhold til målgruppen:

Samarbejde

"Samarbejde er kernen i de fælles indsatser. Samarbejde alle parter er forpligtede af. Vi vil skabe et velkoordineret samarbejde om de fælles borgere, både ved samtidige indsatser og ved overgange mellem sektorer. Aftalen skal betyde, at borgerne oplever en respektfuld inddragelse i eget forløb, sammenhæng og høj faglig kvalitet på baggrund af evidensbaseret viden og erfaringer fra god praksis." (Sundhedsaftalen, 2015, s.6)

En borger, én plan

"Vi skal arbejde ud fra princippet om en borger, én plan. Samtidighed i det konkrete samarbejde om borgerens forløb forudsætter klarhed om roller, ansvar og opgaver. Vi byder ind med vores kompetencer og ressourcer, rettidigt og velkoordineret. Det faglige ansvar for borgerens forløb skal tydeligt placeres til enhver tid." (Sundhedsaftalen, 2015, s.10)



Fleksibilitet

"Vi skal have tillid til hinandens faglighed og kompetencer parterne imellem, en høj grad af fleksibilitet og smidighed i samarbejdet samt en løbende og konstruktiv dialog om, hvordan vi udvikler sundhedsvæsenet. Vi vil fremme en kultur, hvor vi bistår hinanden med at skabe mere kvalitet i løsningen af egne og fælles opgaver, og sammen udvikle fælles faglighed og fælles viden." (Sundhedsaftalen, 2015, s.7)

Afklaringsudvalg

Der er fire afklaringsudvalg, der *"har til opgave at rådgive om fortolkning af aftalen, som skal sikre, at eventuel tvivl om fortolkning af aftalens indhold ikke går ud over borgeren. Rådgivningen sker med udgangspunkt i relevant lovgivning."* (Sundhedsaftalen, 2015, s.43)

Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug fungerer under Sundhedsaftalen som et konkret organisatorisk redskab, der understøtter samarbejdet mellem sektorerne i forhold til målgruppen. Den koordinerende indsatsplan er optaget i Sundhedsaftalens værktøjskasse.

Du kan få overblik over forløbsprogrammernes placering i aftalehierarkiet i bilag 6 og i Sundhedsaftalens organisation i bilag 7.

Du kan læse hele Sundhedsaftalen her: <http://publikationer.regionsjaelland.dk/KvalitetogUdvikling/Sundhedsaftale201518/>

Samarbejde i regi af Sundhedsaftalen

Under Sundhedsaftalen er der oprettet tværgående samarbejdsfora.

Tværgående Samarbejdsforum for Psykiatri (TSP)

Formålet med TSP er at sikre en overordnet regional implementering af Sundhedsaftalen, herunder at sikre et koordineret samarbejde mellem de kommunale myndigheder, psykiatrien og almen praksis. Bruger- og pårørendeorganisationer er repræsenteret i TSP.

TSP skal sikre ledelseskraft og relevante repræsentanter inden for følgende hovedopgaver:

- Identificere og tematisere særlige problemstillinger i samarbejdet, herunder mellem somatik og psykiatri og i forhold til særlige målgrupper
- Drøfte opgaveoverdragelse og konsekvenser heraf
- Sikre implementering af Sundhedsaftalen
- Bidrage med input til strategiske drøftelser i SAM (Styregruppe for sundhedssamarbejde)
- Understøtte videndeling og -spredning af resultater, samarbejdsmodeller, kompetenceudvikling med mere
- Udarbejde forslag til fælles udviklingsindsatser

Kommunalt Samarbejdsforum for Psykiatri (KSP)

Med reference til TSP er der nedsat tre Kommunale Samarbejdsfora for Psykiatri på voksenområdet (KSP). I disse er der fem ledelsesrepræsentanter fra regionen, en-to kommunale ledelsesrepræsentanter fra hver kommune og en repræsentant fra praksissektoren.

Formålet med de Kommunale Samarbejdsfora for Psykiatri (KSP) er at sikre en lokal implementering af Sundhedsaftalen; herunder sikre et koordineret samarbejde mellem de kommunale myndigheder og regionen inden for psykiatri.

KSP Øst: Kommunerne Faxe, Greve, Køge, Lejre, Roskilde, Solrød og Stevns.

KSP Vest: Kommunerne Holbæk, Kalundborg, Odsherred, Ringsted, Sorø og Slagelse.

KSP Syd: Kommunerne Guldborgsund, Lolland, Næstved og Vordingborg.

Opgaver i KSP er at sikre lokal implementering af aftalen, herunder samarbejdet om:

- Borgerforløb
- Patientsikkerhed
- Forløbsprogrammer
- IT, kommunikation og tilgængelighed
- Løsninger på problemstillinger i det løbende samarbejde
- Opfølgning på kvalitetsudvikling, herunder gennemførelse af årlige, tværsektorielle audits
- Organisering af lokal tværsektoriel kompetenceudvikling
- At indgå i tværsektorielle projekter
- Opfølgning på kapacitet og ændringer i opgaveløsning, herunder drøftelse af konsekvenser for samarbejdspartnere
- Udviklingsinitiativer, herunder spredning og implementering

PSP-Samarbejde i Region Sjælland

PSP (Politi, Socialforvaltning, Psykiatri):

Formålet med PSP-samarbejdet er at koordinere politiets, de sociale myndigheders og psykiatriens indsats i forhold til socialt sårbare og udsatte borgere. Initiativet skal sikre, at socialt sårbare og udsatte borgere får bedst mulig hjælp. Samtidig skal PSP-samarbejdet forebygge, at de sårbare og udsatte borgere udvikler eller fortsætter en kriminel adfærd.



5. IMPLEMENTERING

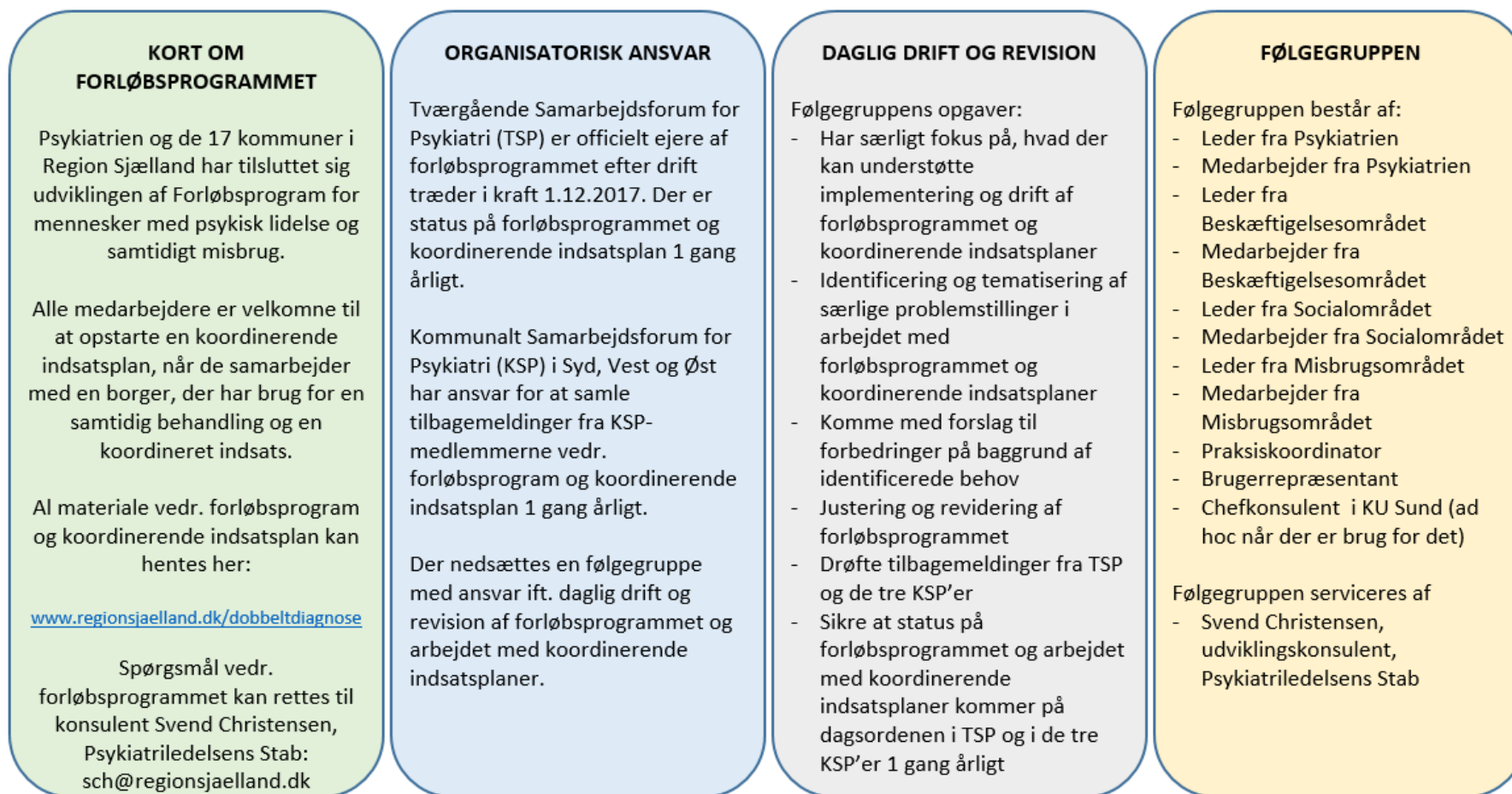
Implementering af Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug og samarbejdsredskabet den koordinerende indsatsplan er sket i perioden december 2016 til og med november 2017. Implementeringen er sket på flere niveauer, som kort er beskrevet nedenfor.

5.1 Implementering af forløbsprogram

1. En udpeget styregruppe og en projektleder samt projektmedarbejdere har i perioden været ansvarlig for at understøtte implementeringen af forløbsprogrammet og af samarbejdsredskabet den koordinerende indsatsplan.
2. Der er udarbejdet implementeringsplaner:
 1. Der er udarbejdet en overordnet implementeringsplan for forløbsprogrammet (se figur 7, side 49). Den klarlægger det organisatoriske ansvar for forløbsprogrammet, og for vedligeholdelse og drift af Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug.
 2. Psykiatrien og de 17 kommuner i Region Sjælland har udarbejdet lokale implementeringsplaner (se bilag 10). Disse beskriver hvordan man i den enkelte kommune såvel som i Psykiatrien Øst, Syd og Vest sikrer implementeringen i praksis.
3. Der har i implementeringsperioden været fokus på kompetenceudvikling hos fagprofessionelle, i form af dialogmøder og sidemandsoplæring i den koordinerende indsatsplan. Derudover har der været udøvet bistand i form af referentfunktion på koordinationsmøder. Disse opgaver er blevet varetaget af projektgruppen.

4. Der er i implementeringsperioden blevet udarbejdet kortfattet ledelsesinformation i form af et faktablad. Faktabladet, der fungerer som et monitoreringsredskab, indeholder information om antal mennesker med diagnosticeret psykisk lidelse og samtidigt misbrug og antal udarbejdede koordinerende indsatsplaner i Region Sjælland.
5. I implementeringen af forløbsprogrammet er der tænkt meget i at den essentielle viden skal helt frem til de fagprofessionelle, så det kan komme mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug direkte til gavn. Derfor er der blevet udarbejdet en let tilgængelig virtuel udgave af forløbsprogrammet, hvor relevant viden er nem at tilgå. Se den virtuelle udgave på www.regionsjaelland.dk/dobbeltdiagnose.
6. I arbejdet med implementeringen af den koordinerende indsatsplan har det vist sig, at "små" udfordringer meget ofte kan udgøre store stopklodser. Køge Kommune og Psykiatrien Øst har samarbejdet omkring løsningsmodeller på de udfordringer, som medarbejdere oplever. Løsningsmodellerne er tilgængelige for alle på forløbsprogrammets hjemmeside, som et spørgsmål/svar-ark.





Figur 7. Overordnet implementeringsplan

6. OPFØLGNING OG TILPASNING AF FORLØBSPROGRAMMET FREMADRETTET

Tværgående Samarbejdsforum for Psykiatri (TSP) er officielt ejer af Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug efter drift træder i kraft 1. december 2017. Der er etableret en faglig følgegruppe som har til formål at understøtte implementering og drift af forløbsprogrammet og arbejdet med de koordinerende indsatsplaner i Psykiatrien og de 17 kommuner og i Region Sjælland. Følgegruppen mødes to gange årligt af tre timers varighed. Følgegruppen har en geografisk spredning, så alle tre KSP'er (Kommunale Samarbejdsfora for Psykiatri) i Region Sjælland er repræsenteret. Deltagerkredsen er på såvel ledelses- som medarbejderniveau samt en praksiskoordinator og en brugerrepræsentant. Psykiatrilædens stab varetager sekretariatsfunktionen.

Følgegruppen arbejder med følgende opgaver:

- Hvad der kan understøtte implementering og drift af forløbsprogrammet og arbejdet med koordinerende indsatsplaner
- Særlige problemstillinger i arbejdet med forløbsprogrammet og koordinerende indsatsplaner
- Forslag til forbedringer på baggrund af identificerede behov
- Justering og revidering af forløbsprogrammet samt redigering af hjemmesiden www.regionsjaelland.dk/dobbeltdiagnose
- Tilbage meldinger fra TSP og de tre KSP'er
- At status på forløbsprogrammet og arbejdet med koordinerende indsatsplaner kommer på dagsordenen i TSP og i de tre KSP'er en gang årligt

Spørgsmål vedrørende forløbsprogrammet og følgegruppen kan rettes til konsulent Svend Christensen, psykiatrilædens stab: sch@regionsjaelland.dk.

Se Kommissorium for følgegruppen for Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug i bilag 9.

Bilagliste

Bilag 1: Ordforklaringsliste

Bilag 2: Udvidet kontaktpersonsliste

Bilag 3: Pårørendeinddragelse

Bilag 4: Den gode henvisning

Bilag 5: Brev fra sundheds- og ældreminister Sophie Løhde

Bilag 6: Forløbsprogrammernes placering i aftalehierarkiet

Bilag 7: Sundhedsaftalens organisation

Bilag 8: Forløbsprogrammets Styregruppe

Bilag 9: Kommissorium for Følgegruppe

Bilag 10: Lokale implementeringsplaner

Bilag 11: Referencer