

RETNINGSLINJER FOR
UDARBEJDELSE AF
KOORDINERENDE INDSATSPLANER

2014

Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner

© Sundhedsstyrelsen, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: www.sst.dk

Emneord: psykiatri, stof-/alkoholbehandling, koordination, sammenhængende forløb, ud-satte, indsatsplaner

Sprog: Dansk

Kategori: Rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 26. august 2014

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, august, 2014

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-040-1

Indhold

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1: Forslag til skabelon for en koordinerende indsatsplan
- Bilag 2: Eksempel på en udfyldt koordinerende indsatsplan
- Bilag 3: Arbejdsgruppe- og følgegruppemedlemmer

1 Indledning

I Psykiatriudvalgets rapport fra 2013 påpeges behovet for et styrket samarbejde om indsatsen for personer med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholafhængighed. Det anbefales i den forbindelse, at regioner og kommuner udarbejder en koordinerende indsatsplan for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug/afhængighed¹. I Satspuljeaftalen på psykiatriområdet for 2014 – 2017 er der afsat midler til, at regioner og kommuner i fællesskab udarbejder individuelle koordinerende indsatsplaner. Indsatsplanerne er for borgere 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.

De individuelle koordinerende indsatsplaner skal skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale stof- og alkoholbehandling. Øvrige indsatser på det somatiske-, social- og/eller beskæftigelsesområde mv. kan inddrages, hvis det vurderes relevant.

Udarbejdelsen af de individuelle koordinerende indsatsplaner har til formål at støtte op om de enkelte regioner og kommuners generelle forpligtigelse til at sikre, at alle borgere kan modtage psykiatrisk behandling samt behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug. De koordinerende indsatsplaner skal medvirke til at forbedre indsatsen for borgere ved at skabe bedre sammenhæng i den enkelte borgers forløb.

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.

Udover at sikre en koordinering af indsatserne via de koordinerende indsatsplaner, vil det også være væsentligt, at regioner og kommuner har fokus på, at personalet har kompetencerne til at sikre en integreret behandling i såvel psykiatrien som i stof- og alkoholbehandlingen.

Initiativet med koordinerende indsatsplaner implementeres i sundhedsaftalerne som et redskab til at sikre en sammenhængende indsats for borgeren ved at pointere, at de relevante behandlere og evt. kommunale sagsbehandlere skal mødes og koordinere indsatser på baggrund af en fælles forståelse af borgerens udfordringer. I den forbindelse er Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen blevet bedt om at udarbejde retningslinjer til indholdet i indsatsplanen. Retningslinjerne vil således beskrive de overordnede rammer for indholdet af indsatsplanerne, mens den konkrete arbejds-tilrettelæggelse mellem kommune og region aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne. Målgruppen for denne skrivelse er således *planlæggere og beslutningstagere* i regioner og kommuner, der kan benytte retningslinjerne i udarbejdelsen af egne retningslinjer og indsatsplan, der justeres efter de lokale forhold i kommuner og regioner.

¹ Regeringsudvalg om psykiatri: *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*, 2013

Koordinerende indsatsplaner i sundhedsaftalerne

Udarbejdelsen af koordinerende indsatsplaner for borgere med samtidig psykisk lidelse og misbrug er beskrevet som et indsatsområde i vejledningen for sundhedsaftaler.

I afsnit 4.2 i sundhedsaftalen står der, at:

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om [bl.a.]:

- *Behandlingsforløb til borgere med samtidig psykisk lidelse og skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb.*

2 Målgruppen for de koordinerende indsatsplaner

Målgruppen for udarbejdelse af individuelle koordinerende indsatsplaner er borgere 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. Borgerne skal tillige have kontakt med den kommunale stof-/alkoholbehandling og/eller den regionale ambulante psykiatri og samtidig vurderes at have gavn af indsatser begge steder. Fælles for gruppen af borgere, der bør tilbydes en indsatsplan er, at de vurderes at have behov for støtte til at kunne modtage en koordineret indsats. Ved ambulant behandling i psykiatrien forstås alene borgere der er i ambulant psykiatrisk behandling i sygehuspsykiatrien, lokalpsykiatrien eller distriktskykiatrien.

Der kan tillige være behov for indsatser på det somatiske sundhedsområde, i kommunale tilbud ift. borgere med psykiske lidelser, på beskæftigelsesområdet mv., men hvorvidt det er tilfældet er ikke afgørende for, om borgeren er i målgruppen for indsatsplanen.

De psykiske lidelser kan fx være skizofreni, angst, udviklingsforstyrrelser, affektive lidelser mv. Lidelserne kan være konstateret i behandlingspsykiatrien eller vurderet at kunne være til stede i den kommunale stof- og alkoholbehandling eller konstateret af den praktiserende læge, hvis borgeren endnu ikke er udredt i psykiatrien.

Stofmisbrug eller alkoholafhængighed kan konstateres, når borgeren er i behandling eller får et tilbud om behandling for disse lidelser. Stofmisbrug eller alkoholafhængighed afdækkes af professionelle med misbrugsfaglig ekspertise.

Komplekse sociale problemstillinger defineres i denne sammenhæng på følgende måde: ”*Sociale problemer forstås som 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, selvska-

dende adfærd, selvmordstanker og – forsøg, overgreb, misbrug og hjemløshed². Komplexiteten omfatter antal, omfang og tyngde af sociale problemer.

Det væsentlige i forhold til at udarbejde en koordineret indsatsplan er, at den psykiske lidelse, misbrug, afhængighed og komplekse sociale problemstillinger udgør en væsentlig hindring for, at borgeren kan profitere af og deltage i tilbudte behandlingsindsatser for disse lidelser. Indikatorer i forhold hertil kan blandt andet være gentagne genindlæggelser, ustabil fremmøde og/eller afbrudte behandlingsforløb.

Hvorvidt der skal udarbejdes en koordinerende indsatsplan, er de professionelle faglige vurdering af behovet herfor i hvert enkelt tilfælde. Det er således ikke afgørende, at borgeren har en specifik diagnose, men derimod at borgerens psykiske lidelse, stofmisbrug, alkoholafhængighed og sociale problemstillinger udgør en barriere for, at borgeren kan deltage i parallelle (samtidige) eller sekventielle (på hinanden følgende) indsatser i kommunalt og regionalt regi.

Nedenfor opstilles tre eksempler, hvor det vil være relevant at udarbejde en indsatsplan. Casene afspejler forskellige aktørers vurdering af, hvilke borgere, der har behov for en koordinerende indsatsplan. Casene er ikke dækkende for alle borgere, der kan have behov for en indsatsplan, men skal illustrere forskellige personprofiler, for hvem det vil være hensigtsmæssigt at udarbejde en indsatsplan.

Case 1: Borger henvist fra psykiatrisk ambulatorium

Borger med velbehandlet skizotypisk psykisk lidelse, som er tilknyttet den ambulante behandlingspsykiatri og har en god kontakt med sin psykiater. Borgeren har imidlertid et massivt stofmisbrug. Selvom borgerens kontakt til behandlingspsykiatrien er blevet mere svingende, så vurderes vedkommende stadig at have en god kontakt. Den ambulante behandlingspsykiatri har ikke kompetencerne til at tilbyde stofbehandling, og der er derfor behov for at sikre, at borgeren får et egentligt tilbud om stofbehandling.

Case 2: Borger henvist fra egen læge

Mand på 50 år med et langvarigt massivt alkohol-, stof- og medicinmisbrug med flere domme og fængselsophold bag sig. Han bor alene, drikker tæt, er på kontanthjælp, og har tilknyttet en socialpædagog, der ser til ham p.n. [efter behov]. Han har et strafferetligt påbud om kontakt med en alkoholenhed med antabus, som han ikke passer.

Han er massivt somatisk medtaget med osteoporose med flere patologiske frakturer [knogleskørhed med deraf følgende knoglebrud], gastrit [mavekatar], svært inficeret acne, og D-vitamin-mangel.

² www.socialebegreber.dk.

Psykisk er han påvirket kognitivt og er under mistanke for begyndende demens.

Han har flere gange været indlagt med krampeanfald og er afruset på psykiatrisk afdeling, hvorefter han er udskrevet til egen læge. Han er udeblevet fra undersøgelse på neurologisk ambulatorium, da han ikke ønsker at ligge på gangen, hvor han anbringes af hensyn til øvrige patienter.

Case 3: Borger henvist fra kommunalt tilbud

38-årig mand med et kendt mangeårigt alkoholafhængighed. Han er opvokset i en familie med en alkoholiseret mor og er formentligt født med alkoholsyndrom. Han har haft et problematisk skoleforløb, drukket alkohol og røget hash dagligt fra 11 års alderen og udviklet sit stofmisbrug og alkoholafhængighed senere i ungdomsårene. Her kommer han også ud i kriminalitet.

Han har ingen uddannelse udover folkeskolens 9. classes eksamen, og har aldrig haft et ordinært arbejde. Hans IQ er vurderet til at være mellem 70 – 75, dvs. i det lave område.

Hans svære alkoholafhængighed og hashmisbrug med tilstødende angst og tristhed har betydet, at han i dag lever meget isoleret. Han bor alene i en etværelses lejlighed og får besøg af en støttekontaktperson 1-2 gange ugentligt.

Han får indimellem selvmordstanker og har forsøgt at tage sit liv. Af flere omgange har han været kortvarigt indlagt på psykiatrisk afdeling, men der er aldrig foretaget en egentlig psykiatrisk udredning. Ved udskrivningssamtalerne er han vejledt i at kontakte det lokale rusmiddelcenter og egen læge med henblik på hjælp til stof- og alkoholbehandling. Han opstarter misbrugsbehandling gentagne gange, men dropper ud igen.

Trods massiv social indsats samt hyppige henvendelser til akutmodtagelsen lykkedes det ikke at støtte ham til at minimere sit misbrug/afhængighed og stabilisere hans psykiske problemer med tristhed, angst og uro i en grad, der gør, at han kan leve et selvstændigt liv.

3 Implementering af indsatsplaner

Den konkrete opgave- og ansvarsfordeling mellem kommune og region om udarbejdelse og implementering af indsatsplanen fastlægges i de lokale sundhedsaftaler.

Det anbefales, at placeringen af koordinatorfunktionen aftales mellem kommuner og region, således at der er klarhed over ansvarsplaceringen. Koordinatoren vil ikke selv forestå kontakten med borgeren, men vil i dialog med den henvendende fagperson have ansvaret for at borgeren får udarbejdet en koordinerende indsatsplan ved at organisere forløbet. Arbejdet indebærer bl.a., at indkalde til møde(r) og sikre, at fagpersoner og evt. pårørende har de nødvendige informationer for at kunne udarbejde en indsatsplan³.

³ Den koordinerende funktion beskrives i afsnit 5

Det vil i den forbindelse være væsentligt at sikre, at aftaler omkring koordinatorfunktionen er så tydelige som mulige, således at borgeren, behandlere i de forskellige behandlingstilbud og de kommunale sagsbehandlere har klarhed over, hvor koordinatorfunktionen er placeret for den enkelte borger.

Indsatsplanen skal vedlægges som kopi i de behandlings-/handleplaner, som den omfatter.

Der iværksættes en national monitorering af indsatsplanerne, som et led i monitoreringen af sundhedsaftalerne. Monitoreringspunkterne kan med fordel indgå i en fremtidig evaluering af indsatsens effekt til brug i de følgende sundhedsaftaler.

4 Aktører ift. indsatsplanerne

Indsatsplanerne skal – med støtte fra koordinatorfunktionen - i udgangspunktet udarbejdes af borgerens centrale kontaktpersoner, dvs. behandlere i den ambulante psykiatri, stof- og/eller alkoholbehandlingstilbud, den praktiserende læge og med borgeren og pårørende (ved forudgående tilsagn fra borgeren) som aktive deltagere.

Derudover kan der *efter behov* indkaldes kommunale støtte- og kontaktpersoner, bostøtte-medarbejdere til borgere med psykiske lidelser, aktører fra PSP- samarbejdet (Politiet, Sociale myndigheder og Psykiatri), samt medarbejdere fra jobcenter og uddannelsesvejledning.

Udarbejdelsen af indsatsplanen er således et fælles ansvar for de relevante parter. Det skal i den forbindelse påpeges, at *alle fagpersoner* har en forpligtigelse til at vurdere, om en borger har behov for at få udarbejdet en indsatsplan og såfremt dette er tilfældet tage kontakt til koordinator. Opgaven med det fremadrettede arbejde påhviler herefter koordinatorfunktionen.

Det må forventes, at de enkelte aktører i forbindelse med udarbejdelsen af indsatsplanerne udviser en pragmatisk tilgang, hvor borgerens behov og ønsker er i centrum. Det vil derfor være væsentligt, at deltagerne i indsatsplansmødet har kompetence til at indgå aftaler om ændringer i de enkelte behandlingsplaner eller handleplaner, således at den samlede indsats har den bedst mulige sammenhæng. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at de behandlere/repræsentanter for behandlere, som deltager i indsatsplansmødet fra de forskellige institutioner, på forhånd er sikret kompetence til at indgå aftaler i forhold til borgerens behandling.

5 Den koordinerende funktion

Det bør aftales, at der udnævnes lokale koordinatore, som behandlerne kan henvise sagen til. Som nævnt, skal det sikres, at alle relevante behandlere og sagsbehandlere er vidende om, hvor i regionen eller kommunen funktionen er placeret.

Det anbefales, at indskærpe, at alle behandlere og sagsbehandlere, der er i berøring med målgruppen, har et ansvar for at tage kontakt til koordinatoren, såfremt der vurderes et behov for at udarbejde en indsatsplan.

Den lokale koordinator vurderer herefter sammen med behandlere i den ambulante regionale psykiatri og i den kommunale stof-/alkoholbehandling, om borgeren skal tilbydes en koordinerende indsatsplan, jf. målgruppeafgrænsningen.

Den koordinerende funktion er central for at sikre samarbejde og koordination. Den koordinerende funktions opgaver vil være følgende:

- Indkalde relevante parter til indsatsplansmøde og afdække borgerens ønsker for grad af inddragelse
Fx kan borgere, som ønsker at deltage i indsatsplansmødet have behov for en forudgående gennemgang af fremgangsmåden på mødet, en afklaring af dets deltagere samt hvorvidt borgeren ønsker en bisidder i form af en pårørende eller repræsentant fra en interesse-, bruger-, eller pårørendeorganisation. Hvis borgeren ikke ønsker at deltage i indsatsplansmøde, afholder den initierende koordinator et forudgående møde med borgeren med henblik på at få borgerens perspektiv på sin situation, de væsentligste udfordringer og ønskede indsatser.
- Sikre informationer til indsatsplanen fra de eksisterende planer – bilag 1, punkt 2
De indsamlede informationer fra eksisterende planer vil udgøre grundlaget for indsatsplansmøder. Den koordinerende funktion skal sikre, at der indarbejdes information fra eksisterende relevante planer. Det vil være de resterende aktører, der med borgerens samtykke fremsender materiale til den koordinerende funktion.
- Indhente et konkret og specifikt samtykke fra borgeren til udveksling af informationer og inddrage pårørende, inden en indsatsplan udarbejdes
Samtykket skal indsættes i de patientjournaler og handleplaner, der evt. inddrages. Hvis borgeren ikke giver sit samtykke, kan der ikke udarbejdes en indsatsplan. I de situationer skal den koordinerende funktion løbende sikre, at borgeren får tilbuddet, således at der udarbejdes en koordineret indsatsplan, når borgeren er parat til det.
- Sikre at indsatsplanen udarbejdes
Indsatsplanen skal godkendes af borgeren og de inddragede behandlere og evt. sagsbehandlere. Den koordinerende funktion er tillige ansvarlig for opfølgning på de enkelte indsatsplaner, herunder mødeplanlægning samt ansvarlig for at sikre, at der fortsat er samtykke fra borgeren til både udveksling af informationer og til indholdet af indsatsplanen.
- Udsendelse af indsatsplaner
Den koordinerende funktion udsender indsatsplanen (og opdateringer heraf) til mødets parter, herunder borgeren og evt. dennes pårørende, hvis borgeren giver tilsagn hertil. Borgeren skal også modtage en kopi af indsatsplanen i tilfælde, hvor denne ikke deltager i udarbejdelsen af indsatsplanen.
- Opfølgning på indsatsplaner – bilag 1, punkt 5

Koordinatoren tager initiativ til en fælles opsamling på det/de aftalte tidspunkt(er), der aftales ved udarbejdelsen af indsatsplanen.

Beskrivelsen af de prioriterede indsatser og de fremadrettede indsatser aftales i regi af indsatsplansmødet af de indkaldte aktører, herunder borgeren. Ved mødeafholdelsen kan der skeles til erfaringerne fra bl.a. rehabiliteringsteams, hvor behandlere og sagsbehandlere på tværs af regioner og kommuner, eller inden for en kommune, mødes og drøfter enkeltsager.

Tidsfristen for hvornår en koordinerende indsatsplan skal være udarbejdet, efter en behandler har vurderet, at borgeren kan have et behov herfor, bør aftales nærmere i sundhedsaftalen. Hensigten hermed er, at udarbejdelsen af den koordinerende indsatsplan så vidt muligt ikke betinges af, at andre behandlings- eller handleplaner endnu er i proces.

Såfremt dette ikke allerede er sket, bør den enkelte behandler eller kommunale medarbejder i de tilfælde, hvor der er børn involveret, vurdere, om der er grundlag for at orientere kommunens børne- og ungeafdeling/forvaltning.

Borger-/pårørendeinddragelse

Det er væsentligt at sikre, at borgeren er inddraget i alle beslutninger i forbindelse med udarbejdelsen af indsatsplanen. Det medfører bl.a., at den koordinerende indsatsplan skal godkendes af borgeren før og efter, at den udarbejdes. Ligeledes skal der systematisk tages højde for – og spørges til – om borgeren ønsker en pårørende inddraget, eller om borgeren ønsker en bisidder med til møderne.

6 De koordinerende indsatsplaner

Borgere i målgruppen kan få udarbejdet handleplaner og behandlingsplaner inden for psykiatrien, stof- og/eller alkoholområdet, den kommunale sociale indsats mv. Den individuelle koordinerende indsatsplan skal tage afsæt i de eksisterende planer, hvorfor dele af indholdet fra indsatsplanerne kommer fra eksisterende planer og allerede gennemførte udredninger.

Formålet med udarbejdelsen af en koordinerende indsatsplan er at skabe overblik over de indsatser, som borgeren modtager, og dermed være en samlende plan for koordination af den psykiatriske behandling og misbrugsbehandling. 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 præferencer.

Prioriteringen baseres på de udfordringer, som borgeren anfører som de væsentligste på tidspunktet for udarbejdelsen af den koordinerende indsatsplan. Dermed bliver den koordinerende indsatsplan det primære redskab til at prioritere og koordinere de tværsektorielle indsatser, så borgeren får de nødvendige tilbud i et sammenhængende og koordineret forløb.

Brugerinddragelse er en forudsætning for behandlings- og/eller recovery-processen, og vil derfor være afgørende for en optimal effekt af de iværksatte ind-

satser. Borgeren har tillige et retskrav på at blive tilbudt inddragelse i sin egen sag, jf. retssikkerhedsloven §§ 2, 10. Borgerinddragelse er derfor tænkt ind som et bærende element i alle faser i udarbejdelsen af den koordinerende indsatsplan – fra indhentelse af samtykke til udarbejdelse af en indsatsplan til borgerens godkendelse af planen.

6.1 Sammenhæng med eksisterende planer

For borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug/afhængighed eksisterer der flere redskaber til at tilrettelægge og koordinere indsatserne for den enkelte borger, indenfor - og på tværs af - det sundhedsfaglige område, det socialfaglige område, stof- og alkoholbehandlingen og den psykiatriske indsats.

Den *socialfaglige handleplan* skal tilbydes borgere, der har betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer, hvor det vurderes, at de har behov for en socialfaglig indsats, jf. lov om social service § 141. Handleplanen udarbejdes af den kommunale myndighed og har til formål at beskrive de kort- og langsigtede mål for borgeren, herunder påtænkte indsatser. For at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, kan relevante dele af handleplanen udleveres til misbrugs- og/eller sociale tilbud.

Borgere med et stofmisbrug, der visiteres til et behandlingstilbud efter lov om social service § 101 eller sundhedslovens § 142 skal have udarbejdet en *behandlingsplan*. Social behandling for stofmisbrug efter § 101 hviler på en beslutning om et individuelt tilrettelagt forløb, hvor borgere med et stofmisbrug på baggrund af en faglig vurdering visiteres til et konkret behandlingstilbud. Det forudsættes, at borgerens egne ønsker til behandlingsforløbet tillægges stor betydning, og at der udarbejdes en behandlingsplan over behandlingsforløbet⁴. Udarbejdelse af individuelle behandlingsplaner skal sikre sammenhæng mellem både den sundhedsfaglige og den socialfaglige del af stofbehandlingen og de sociale problemstillinger i øvrigt. Behandlingsplanen skal tage udgangspunkt i borgerens egne forudsætninger, ligesom det er vigtigt, at den udarbejdes i samarbejde med borgeren selv, så vidt det er muligt⁵. Behandlingsplaner indgår i og koordineres med den sociale handleplan for borgere, der har fået udarbejdet en sådan. Hensigten hermed er at tilvejebringe en sammenhængende og helhedsorienteret indsats⁶.

I den kommunale alkoholbehandling er der oftest mulighed for at få udarbejdet en *behandlingsplan*. Udarbejdelsen af behandlingsplaner i alkoholbehandlingen er bl.a. nævnt i rådgivningsmateriale fra Sundhedsstyrelsen og KL⁷. Behandlingsplanen er en faglig vurdering af borgerens aktuelle behov og kan indeholde en beskrivelse af konkrete indsatser, målsætninger, behandlingsmetoder mv. Behandlings-

⁴ Vejledning nr. 5 til serviceloven, stk. 160

⁵ Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv, 2010

⁶ Servicelovens § 141, jvf. vejledningen nr. 1 til lov om social service, og vejledningen nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

⁷ Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale, Sundhedsstyrelsen, 2008 & ”God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan gøres?”, udarbejdet af Birgitte Thylstrup, Center for Rusmiddelforskning for KL.

planen skal koordineres med den kommunale sociale handleplan, hvis en sådan foreligger.

I psykiatrien skal der udarbejdes en *behandlingsplan* for indlagte patienter jf. psykiatriloven § 3 stk. 3. Behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten og angiver mål og indsatser, herunder behovet for sociale tiltag.

Inden for den psykiatriske behandling er der yderligere krav om indgåelse af *udskrivningsaftaler* i forbindelse med udskrivning af en patient, som må antages ikke selv at opsøge den nødvendige behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, jf. psykiatrilovens § 13a. Denne aftale indgås mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder i kommunen, praktiserende læger og praktiserende speciallæger m.fl.

I de tilfælde, hvor patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder m.fl. udarbejder en *koordinationsplan* for de behandlingsmæssige og de sociale tilbud til patienten, jf. psykiatrilovens § 13b. Der stilles samme indholdsmæssige krav til en koordinationsplan som til en udskrivningsaftale.

Derudover kan der være udarbejdet jobplaner og uddannelsesplaner for målgruppen i de tilfælde, hvor det vurderes at være relevant ift. en fastholdelse i psykiatrisk behandling og stof-/alkoholbehandling.

6.2 Elementer i indsatsplanen

Den ovenstående gennemgang er en oversigt over de planer, som en borger i målgruppen *kan* have fået udarbejdet.

Den koordinerende indsatsplan består af de væsentligste elementer fra disse eksisterende planer. Det er således ikke alle planer, der vil være relevante at inddrage for alle borgere, ligesom det ofte blot vil være dele af planerne, som vil være relevante at medtage. Hensigten med indsatsplanen er at forbedre indsatsen for borgeren ved at skabe overblik over borgerens situation og koordinere de fremadrettede indsatser for borgeren.

Hvordan en individuel indsatsplan konkret skal udformes, herunder dets delelementer, aftales i regi af de lokale sundhedsaftaler. I de følgende afsnit tages der udgangspunkt i et forslag til en skabelon, hvis delelementer gennemgås (bilag 1).

6.2.1 Stamdata og samtykke

Som tidligere nævnt kan denne del af indsatsplanen udarbejdes forud for indsatsplansmødet af den koordinerende funktion. Det kan medvirke til at lette arbejds-mængden for øvrige inddragede parter.

Samtykke

Det er en forudsætning for, at der kan udarbejdes en koordinerende indsatsplan, at der er sikret samtykke fra borgeren. Det vil derfor være en opgave for den koordinerende funktion at indhente samtykke fra borgeren til udveksling af information. Det vil ligeledes være væsentligt at indtænke de pårørende i forløbet. I den forbin-

delse skal den koordinerende funktion indhente borgerens samtykke til at inddrage de pårørende.

Er borgeren ikke aktuelt i psykiatrisk behandling, men vurderes at have behov for det, kan psykiatrien inddrages som en rådgivende funktion i forhold til stof-/alkoholbehandlingen. Der kan ikke rådgives i forhold til en konkret borger, men rådgivning kan have karakter af generel sparring. Ved rådgivning og sparring kan den øvrige indsats tilrettelægges bedst muligt ud fra de behov, som borgeren har.

6.2.2 Afdækning af borgerens situation

Med udgangspunkt i de enkelte planer, beskrives borgerens udfordringer, ønsker og aftalte indsatser.

Med henblik på at indsatsplanen i omfang bliver overskuelig, bør der for hver enkelt af de allerede eksisterende planer beskrives følgende:

- a) De væsentligste problemstillinger, jf. den/de konkrete planer
- b) Afdækning og beskrivelse af igangværende indsatser, jf. andre planer og koordinationsredskaber
- c) Mål for de enkelte indsatser

Da indsatsplanen har et fremadrettet fokus, er det kun de elementer, som har betydning for de fremadrettede indsatser, som skal medtages. Denne del af indsatsplanen kan udarbejdes af en administrativ hjælpefunktion, såfremt den koordinerende funktion har behov for dette.

6.2.3 Beskrivelse af de primære eller akutte udfordringer

Med udgangspunkt i borgerens aktuelle status udarbejder koordinatoren sammen med borgeren og de koordinerende samarbejdspartnere en fælles vurdering af, hvad der aktuelt er borgerens primære eller akutte udfordringer.

De emner, som typisk vil skulle overvejes, er:

- Om borgeren følger den psykiatriske behandling (hvis ikke, identificeres udfordringerne herfor så vidt muligt)
- Om borgeren følger stof- og/eller alkoholbehandlingen (hvis ikke, identificeres udfordringerne herfor så vidt muligt)
I forhold til den *lægelige* behandlingsindsats af stofmisbrug pointeres det, at det alene er den behandlende læge, der har ansvaret for tilrettelæggelsen af behandlingen.
- Om der er behov for yderligere udredning i psykiatrien eller stof-/alkoholbehandling. Den endelige vurdering og evt. udredning besluttet og igangsættes af den behandlende psykiater, stof-/alkoholbehandler eller den praktiserende læge.
- Somatiske lidelser, som kan udgøre en barriere for indsatser i psykiatrien eller stof-/alkoholbehandlingen
- Økonomiske forhold/forsørgelsesgrundlag
- Sociale forhold, fx ensomhed, isolation

- Boligsituation
- Beskæftigelse eller uddannelse
- Familiemæssige forhold
- Netværk
- Kriminalitet
- Borgerens mobilitet. Der kan være begrænsninger for, hvilke indsatser en borger kan modtage, hvis han/hun ikke har det økonomiske overskud til at kunne transportere sig til et givent tilbud.
- Andet

Det er i særdeleshed væsentligt at få afdækket, hvad borgeren selv opfatter som de væsentligste og mest akutte udfordringer. Dette bør ske ved, at borgeren, så vidt det er muligt, deltager i mødet, alternativt har haft mulighed for at komme med sin vurdering inden mødet, såfremt borgeren ikke vil eller magter at deltage.

6.2.4 Prioritering af indsatser

Med udgangspunkt i den fælles identificering af de væsentlige og akutte udfordringer aftales det på indsatsplansmødet, hvilke mål og indsatser, der skal prioriteres. Prioriteringen af indsatser skal bero på en fælles faglig vurdering fra de koordinerende aktører og borgerens motivation for de enkelte indsatser. I prioriteringen kan en vurdering af tidligere indsatsers effektivitet også indgå. Her vil borgerens eget syn på effektive og ineffektive indsatser have en stor betydning, da borgerens motivation for en given behandling er væsentlig for udfaldet heraf.

For hver af de aftalte indsatser udarbejdes succeskriterier og udpeges en ansvarlig for den enkelte indsats. Det skal også vurderes, om nogle indsatser hensigtsmæssigt skal tilbydes borgeren samtidig eller enkeltvis, det vil sige, at en indsats afløses af en anden. Hvor det er muligt, skal indsatserne tilbydes som integrerede indsatser. Der skal være særligt fokus på, at borgeren kan magte at deltage i de aftalte indsatser, således at der tages hensyn til de udfordringer og præferencer, borgeren har, og den mængde af indsatser, som borgeren kan overskue samtidigt.

Hensigten med at lade prioritering af indsatser foregå på indsatsplansmødet er at skabe enighed om indhold og fokuspunkter i den koordinerende indsatsplan hos de inddragede parter.

Hver enkelt aftalte indsats skal sikres et organisatorisk ophæng. Det vil sige, at der skal udpeges ansvarlige for gennemførelsen af de aftalte indsatser. Inden indsatsplansmødet afsluttes, skal alle opgaver i forhold til at gennemføre indsatsplanen derfor ansvarsplaceres, og borgeren og de inddragede aktører skal godkende indsatsplanens indhold.

6.2.5 Opfølgning på indsatsplaner

Det er den koordinerende funktions ansvar løbende at ajourføre den koordinerende indsatsplan, mens de enkelte behandlere og kommunale medarbejdere er ansvarlige for at informere koordinatoren om status for gennemførelse af de enkelte elementer i indsatsplanen, i henhold til den aftalte tidsplan.

Med udgangspunkt i borgerens situation aftales der en dato for et opfølgingsmøde. Opfølgningen skal tilpasses de igangsatte indsatser, mål og succeskriterier. For at sikre, at indsatsplanerne afspejler den aktuelle situation, som borgeren befinder sig i, henstilles det, at der maksimalt går 6 mdr. mellem møderne. Det er koordinatorens ansvar at få aftalt tidspunkt for opfølgingsmøde, ligesom den koordinerende funktion skal indkalde til møde i henhold til den aftalte tidsplan. Andre aktører kan tage kontakt til den koordinerende funktion med henblik på et møde tidligere end aftalt, hvis det skønnes formålstjenligt. Et tidligere møde kan være hensigtsmæssigt, hvis borgerens situation ændres, og den aftalte indsatsplan ikke kan følges. Det opfølgende møde kan kun have form af telefonmøde, i de tilfælde, hvor borgeren har angivet ikke at ville deltage i et møde.

Bilag 1:

Koordinerende indsatsplan

1. Stamoplysninger	
Indhentes af den koordinerende funktion inden det koordinerende møde	
Navn	
Cpr. nr.	
Adresse	
Telefon	
<p>Grundlag for indsatsplan</p> <p>Der skal min. være én afkrydsning i den øverste del.</p>	<input type="checkbox"/> Borgeren er patient i den ambulante psykiatri, har en psykiatrisk diagnose eller er i udredning herfor. <input type="checkbox"/> Borgeren er i stof- og/eller alkoholbehandling eller er henvist hertil <hr/> <input type="checkbox"/> Borgeren vurderes at have behov for psykiatrisk behandling, men er aktuelt <u>ikke</u> patient eller under udredning. <input type="checkbox"/> Borgeren vurderes at have behov for stof- og/eller alkoholbehandling, men er aktuelt <u>ikke</u> i behandling eller henvist hertil.
Samtykke	<p>Borgeren givet samtykke til, at der indhentes og udveksles informationer samt udarbejdes en indsatsplan.</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Koordinator	[Koordinators navn, stilling, organisation og kontaktoplysninger angives her]
Deltagere i koordinationsmødet	[De inddragede parter navn, stilling, organisation og kontaktoplysninger angives her]
Dato for koordinationsmødet	
Indsatsplan er godkendt af borger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej



Hvis borgeren ikke er i psykiatrisk behandling, kan psykiatrien ikke inddrages i forhold til den konkrete person. Psykiatrien kan have en rådgivnings-/sparringsfunktion for den kommunale stof-/alkoholbehandling og den praktiserende læge ift. at tilrettelægge den øvrige indsats bedst muligt og arbejde hen mod en psykiatrisk udredning.

Samme forhold vil gøre sig gældende, hvis borgeren ikke aktuelt er i stof- eller alkoholbehandling, men vurderes at have behov herfor.

2. Afdækning af status, mål og indsatser i eksisterende planer
 Information hertil indhentes inden koordinationsmødet og udarbejdes af den koordinerende funktion

Behandlingsplan(er) for stofmisbrug (Serviceloven § 141, sundhedsloven § 142)	Status	
	Mål	
	Indsats	
Behandlingsplan for alkoholafhængighed	Status	
	Mål	
	Indsats	
Psykiatrisk behandlingsplan (Psykiatriloven § 3 stk. 3)	Status	
	Mål	
	Indsats	
Udskrivningsaftale (Psykiatriloven (§13 a))	Status	
	Mål	
	Indsats	
Koordinationsplan (Psykiatriloven § 13b)	Status	
	Mål	
	Indsats	
Social handleplan (Serviceloven §141)	Status	
	Mål	
	Indsats	

Uddannelsesplan eller jobplan	Status	
	Mål	
	Indsats	
Andet	Status	
	Mål	
	Indsats	

3. Identifikation af primære og/eller akutte udfordringer

Udarbejdes på det koordinerende møde

Med udgangspunkt i borgerens aktuelle status foretages en vurdering af, hvad der aktuelt er de primære eller akutte udfordringer. Det kan fx være, om borgeren følger den psykiatriske behandling eller stof-/alkoholbehandlingen, om der er behov for yderligere udredning, økonomiske forhold, sociale forhold som fx ensomhed, bolig, beskæftigelse eller uddannelse. Det er væsentligt, at borgeren selv er inddraget i forhold til identifikationen.

Primære eller akutte udfordringer i prioriteret rækkefølge:

1. Udfordring:
2. Udfordring:
- 3.
- 4.
- 5.



Identifikationen af de primære eller akutte udfordringer er de som der fælles arbejdes videre med. Andre indsatser inden for de eksisterende planer gennemføres som planlagt, forudsat det er foreneligt med konklusionerne i forhold til identifikationen af de primære eller akutte udfordringer.

4. Fælles mål og prioritering

Udarbejdes på det koordinerende møde

Mål 1

[Beskriv mål – fx deltagelse i stofmisbrugsbehandling eller fastholdelse i psykiatrisk behandling]

Indsatser eller opgaver	Succeskriterier	Rollefordeling Hvem har ansvaret for indsatsen, herunder borgerens ansvar?	Tidsplan for indsatser (Overvej om indsatser skal være parallelle eller sekventielle indsatser)

Mål 2

[Beskriv mål – fx deltagelse i stofmisbrugsbehandling eller fastholdelse i psykiatrisk behandling]

Indsatser eller opgaver	Succeskriterier	Rollefordeling Hvem har ansvaret for indsatsen, herunder borgerens ansvar?	Tidsplan for indsatser (Overvej om indsatser skal være parallelle eller sekventielle indsatser)

Mål 3

[Beskriv mål – fx deltagelse i stofmisbrugsbehandling eller fastholdelse i psykiatrisk behandling]

Indsatser eller opgaver	Succeskriterier	Rollefordeling Hvem har ansvaret for indsatsen, herunder borgerens ansvar?	Tidsplan for indsatser (Overvej om indsatser skal være parallelle eller sekventielle indsatser)



Husk at borgeren skal inddrages i forhold til fælles mål og prioritering. Inddragelsen kan enten ske gennem deltagelse i mødet, gennem forudgående samtale eller lign. Den konkrete inddragelse afpasses borgerens ønsker, behov og præferencer.

Det kan aftales med borgeren, hvordan behandlere skal reagere i tilfælde, hvor borgeren udebliver fra en aftalt behandling.

5. Opfølgning

Dato for opfølgning

Her skal evalueres i forhold til punkt 4, og foretages nødvendige ændringer

Opfølgende møde afholdes den _____ 20____
(max 6 mdr. efter udarbejdelsen af indsatsplanen)



De koordinerende parter, der deltager i indsatsplanen, skal minimum mødes en gang halvårligt til et fælles møde. Opfølgningsdatoen skal tilpasses borgerens individuelle forløb og behov. Ved ændringer i borgerens situation (fx hvis borgeren afbryder en behandling) kan mødet fremrykkes, såfremt borgeren fortsat ønsker en koordinerende indsatsplan.

Den koordinerende indsatsplan skal vedlægges som bilag til behandlingsplan, handleplan m.v. og beslutninger skal indskrives i eksisterende planer.

Bilag 2:

Koordinerende indsatsplan

1. Stamoplysninger	
Indhentes af den koordinerende funktion inden det koordinerende møde	
Navn	xxxxxx
Cpr. nr.	xxxxxx
Adresse	xxxxxx
Telefon	xxxxxx
<p>Grundlag for indsatsplan</p> <p>Der skal min. være én afkrydsning i den øverste del.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> X Borgeren er patient i den ambulante psykiatri, har en psykiatrisk diagnose eller er i udredning herfor.</p> <p><input type="checkbox"/> Borgeren er i stof- og/eller alkoholbehandling eller er henvist hertil</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Borgeren vurderes at have behov for psykiatrisk behandling, men er aktuelt <u>ikke</u> patient eller under udredning.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> X Borgeren vurderes at have behov for stof- og/eller alkoholbehandling, men er aktuelt <u>ikke</u> i behandling eller henvist hertil.</p>
Samtykke	<p>Borgeren har givet samtykke til, at der indhentes og udveksles informationer samt udarbejdes en indsatsplan.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> X Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>
Koordinator	[Koordinators navn, stilling, organisation og kontaktoplysninger angives her] xxxxxx
Deltagere i koordinationsmødet	[De inddagede parter navn, stilling, organisation og kontaktoplysninger angives her] xxxxxx
Dato for koordinationsmødet	1.5.2014
Indsatsplan er godkendt af borger	<p><input checked="" type="checkbox"/> X Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>



Hvis borgeren ikke er i psykiatrisk behandling kan psykiatrien ikke inddrages i forhold til den konkrete person. Psykiatrien kan have en rådgivnings/sparringsfunktion for den kommunale stof-/alkoholbehandling og den praktiserende læge ift. at tilrettelægge den øvrige indsats bedst muligt, og arbejde hen mod en psykiatrisk udredning.

Samme forhold vil gøre sig gældende, hvis borgeren ikke aktuelt er i stof- eller alkoholbehandling, men vurderes at have behov herfor.

2. Afdækning af status, mål og indsatser i eksisterende planer

Information hertil indhentes inden koordinationsmødet og udarbejdes af den koordinerende funktion

Behandlingsplan(er) for stofmisbrug (Serviceloven § 141, sundhedsloven § 142)	Status	Ikke aktuelt
	Mål	
	Indsats	
Behandlingsplan for alkoholafhængighed	Status	Forefindes ikke
	Mål	
	Indsats	
Psykiatrisk behandlingsplan (Psykiatriloven § 3 stk. 3)	Status	Behandlingsplan Psykiatrisk aktionsdiagnose og følgende bidiagnoser: /DF40.01 agorafobi med panikangst/ /DF10.2 alkoholafhængighedssyndrom/ Psykiatrisk status: 40-årig mand, kendt med svær angstproblematik i form af agorafobi samt mangeårigt alkoholafhængighedssyndrom. Opvokset i en familie med en alkoholiseret mor. Borgeren har gennem sin barndom været udsat for mange skoleskift, seksuelt misbrug og overgreb. Gik i almindelig folkeskole, som 16-årig kom pt. på behandlingshjem, blev her kriminel og kom ud i stof- og alkoholmisbrug. Tog ingen uddannelse, har aldrig haft et arbejde. Misbrugsstatus: Har siden 13 års alderen drukket alkohol dagligt, i perioder antabusbehandlet, har de seneste 5 mdr. drukket ca. 25 øl dagligt. Har siden 13 års alderen røget hash dagligt, ophørte med dette for ca. 5 år siden, men genoptog misbruget for ca. 1 år siden. Borgeren har tidligere haft et blandingsmisbrug af speed, ecstasy, mm., som han angiveligt ophørte med for ca. 7 år siden. Har røget cigaretter siden 13 års alderen. Somatisk status: Mor havde angiveligt et alkoholmisbrug under graviditeten, hvorfor føtalt alkoholsyndrom må

		<p>mistænkes. Henvist til obs. for colitis ulcerosa pga. mavesmerter, blodig diarre og væggtab.</p> <p>Social status: Ud af en søskendeflok på fire børn. Har kontakt til sine søskende. Moderen har gennem hele borgerens liv haft et alkoholmisbrug. Meget belastet barndom. Flere institutionsskift. Får kontanthjælp. Har en støtte-kontaktperson. Bor i lejet lejlighed. Meget sparsomt netværk, venner primært også med et alkoholmisbrug. Ingen kæreste/ægtefælle. Borgeren har ingen børn.</p> <p>Skønnet varighed af udrednings-/behandlingsforløbet:</p> <p>Mdr. til år.</p>
	Mål	<ol style="list-style-type: none"> 1) Stabilisere den psykiatriske lidelse ved at tilbyde borgerens hjælp til behandling af angstlidelse, fx i form af terapiforløb. 2) Justere i den medicinske behandling af borgerens angst. Der kan eks. være tale om op- og nedjusteringer, supplerende medicin eller introduktion af nye præparater. 3) Hjælpe borgeren til at komme ud af alkoholmisbruget, fx via et alkoholambulatorium.
	Indsats	<ol style="list-style-type: none"> 1) Motivere borgeren til at komme kontinuerligt i DP. 2) Samtaler hver 14. dag i forhold til angstlidelse. 3) Psykoeducere om angstlidelse, udfærdige en kriseplan mhp. kritiske situationer og evt. senere forebygge tilbagefald ift. misbrug. 4) Støtte til at borger kommer mere ud af isolation og støtte til borgeren mhp. på sigt at komme i gang med uddannelse/erhverv.
Udskrivningsaftale (Psykiatriloven (§13 a))	Status	Ikke relevant
	Mål	
	Indsats	

Koordinationsplan (Psykiatriloven (§13 b))	Status	Ikke relevant
	Mål	
	Indsats	
Social handleplan (Serviceloven §141)	Status	<p>Psykisk helbredstilstand: Borgeren lider af social angst. Er tilknyttet DP og er i gang med medicinsk justering.</p> <p>Fysisk helbredstilstand: Har voldsomme mavesmerter og taber sig. Er pt. under udredning.</p> <p>Rusmidler: Borgeren har en alkoholafhængighedsproblematik. Har i perioder været tilknyttet et alkoholambulatorium, men ikke aktuelt.</p> <p>Arbejdsmarkedet: Borgeren har kontakt til jobcentret, men der foreligger ingen plan for, hvordan han kan komme på arbejdsmarkedet.</p> <p>Økonomi: Borgeren er på kontanthjælp. Afdrager på gæld.</p> <p>Bolig: Bor alene i lejelejlighed.</p> <p>Socialt netværk: Har søskende og få venner.</p> <p>Fritidsaktiviteter: Vil gerne være mere social.</p>
	Mål	<p>Formål med indsats på kort sigt: At borgeren får en overskuelig hverdag.</p> <p>Mål på kort sigt: Mål 1: At få et kontinuerligt forløb hos DP uden afbrydelser. Mål 2: At få et forløb i et alkoholambulatorium, således at han kan styrkes i sit ønske om ikke at drikke og hjælpes til at nedtrappe/stoppe.</p> <p>Formål med indsatsen på langt sigt: At borgerens angst kommer til at fylde mindre i hverdagen.</p>

		Mål på langt sigt: At borgeren selvstændigt formår at gå ud, fx handle, og derved ikke er så afhængig af andre.
	Indsats	Indsats på kort sigt: Det vurderes, at opstart hos DP og alkoholambulatorium kan sættes i gang inden for 2 måneder. Indsats på lang sigt: Indsatsen er langsigtet.
Uddannelsesplan eller jobplan	Status	Bør udarbejdes.
	Mål	
	Indsats	
Andet	Status	
	Mål	
	Indsats	

3. Identifikation af primære og/eller akutte udfordringer

Udarbejdes på det koordinerende møde

Med udgangspunkt i borgerens aktuelle status foretages en vurdering af, hvad der aktuelt er de primære eller akutte udfordringer. Det kan fx være, om borgeren følger den psykiatriske behandling eller stof-/alkoholbehandlingen, om der er behov for yderligere udredning, økonomiske forhold, sociale forhold som fx ensomhed, bolig, beskæftigelse eller uddannelse. Det er væsentligt, at borgeren selv er inddraget i forhold til identifikationen.

Primære eller akutte udfordringer i prioriteret rækkefølge:

1. Støtte til stabilt fremmøde i den ambulante psykiatri.
2. Behandling for angstlidelse, støtte borger til at komme ud af sin isolation og gradvist kunne genoptage sociale kontakter og aktiviteter i hverdagen. Motivere til tilknytning til misbrugsbehandling og støtte til fastholdelse af dette.
3. Beskæftigelsesplan der tager hensyn til borgerens angstlidelse og en trinvis plan, der koordinerer psykiatri, misbrugsbehandling og evt. egen læge.



Identifikationen af de primære eller akutte udfordringer er de som der fælles arbejdes videre med. Andre indsatser inden for de eksisterende planer gennemføres som planlagt, forudsat det er foreneligt med konklusionerne i forhold til identifikationen af de primære eller akutte udfordringer.

4. Fælles mål og prioritering			
Udarbejdes på det koordinerende møde			
Mål 1: Fastholdelse i psykiatrisk behandling			
Indsatser eller opgaver	Succeskriterier	Rollefordeling Hvem har ansvaret for indsatsen, herunder borgerens ansvar?	Tidsplan for indsatser (Overvej om indsatser skal være parallelle eller sekventielle indsatser)
Fastholdelse i psykiatrisk behandling	Angstlidelse minimeres og borger opnår at komme ud af hjemmet og deltage i aktiviteter i nærmiljøet	Den ambulante psykiatri har ansvaret for behandlingen. Efter borgerens ønske følger støtte- kontaktpersonen til behandling og deltager under samtalen, således at der kan støttes op om behandlingen i det daglige.	Arbejdet er påbegyndt, skal følges op på det næste koordinerende møde d. 1.10.2014
Mål 2: Motivere til misbrugsbehandling			
Indsatser eller opgaver	Succeskriterier	Rollefordeling Hvem har ansvaret for indsatsen, herunder borgerens ansvar?	Tidsplan for indsatser (Overvej om indsatser skal være parallelle eller sekventielle indsatser)
Motivere til misbrugsbehandling	At borger opnår en viden om sammenhæng mellem angst og misbrug og påbegynder antabusbehandling.	Distriktpsykiatrisk Center samt støttekontaktperson motiverer og psykoedukerer om sammenhængen mellem forværring af angst og misbrug.	Ved samtale hver 14 dag i DP suppleret med kontakt med støttekontaktperson løbende
Mål 3: Kontakt til Jobcenter			
Indsatser eller opgaver	Succeskriterier	Rollefordeling Hvem har ansvaret for indsatsen, herunder borgerens ansvar?	Tidsplan for indsatser (Overvej om indsatser skal være parallelle eller sekventielle indsatser)
Kontakt til jobcenter mhp. at jobplan udarbejdes under hensyn til borgerens psykiske lidelse og misbrug. Borgeren skal være tryk ved forløbet.	At borger oplever succes ved de små skridt i jobaktiviteter, således at borger selv kan være med til at skabe mål for fremtidig beskæftigelse.	Koordinerende sagsbehandler i jobcentret samarbejder med borger, medarbejder fra DP, støttekontaktperson og inddrager deres (faglige) viden i jobplanen.	Koordinerende sagsbehandler deltager i netværksmøde d.1.10.2014 med henblik på at lave en koordineret jobplan.



Husk at borgeren skal inddrages i forhold til fælles mål og prioritering. Inddragelsen kan enten ske gennem deltagelse i mødet, gennem forudgående samtale eller lign. Den konkrete inddragelse afpasses borgerens ønsker, behov og præferencer.

Det kan aftales med borgeren, hvordan behandlere skal reagere i tilfælde, hvor borgeren udebliver fra en aftalt behandling.

5. Opfølgning

Dato for opfølgning

Her skal evalueres i forhold til punkt 4, og foretages nødvendige ændringer

Opfølgende møde afholdes den 1.10 2014
(max 6 mdr. efter udarbejdelsen af indsatsplanen)



De koordinerende parter, der deltager i indsatsplanen, skal minimum mødes en gang halvårligt til et fælles møde. Opfølgningsdatoen skal tilpasses borgerens individuelle forløb og behov. Ved ændringer i borgerens situation (fx hvis borgeren afbryder en behandling) kan mødet fremrykkes, såfremt borgeren fortsat ønsker en koordinerende indsatsplan.

Den koordinerende indsatsplan skal vedlægges som bilag til behandlingsplan, handleplan mv, og beslutninger skal indskrives i eksisterende planer.

Bilag 3: Arbejdsgruppe- og følgegruppemedlemmer

Arbejdsgruppens medlemmer

Steen Guldager, Cand.psych., Socialpsykologisk Center

Sille Børsting-Andersen, Egedal Kommune

Vibeke Kallede Søe, Psykiatrisk Center Ballerup

Reinhold Schæfer, Socialpsykiatrien i Ringsted

Lene Flachs, Praktiserende læge, København

Jakob Krarup, Region Hovedstaden

Henrik Stahl Nielsen, Københavns kommune

Sara Lindhardt, Socialstyrelsen

Lene Sønderup Olesen, Sundhedsstyrelsen

Niels Sandø, Sundhedsstyrelsen

Følgegruppens medlemmer

Bo Andersen, Psykiatrisk Center Sct. Hans (Danske Regioner)

Rafai Al Atia (KL)

Jette Myglegaard, ADHD-Foreningen (Danske Handicaporganisationer)

Karl Bach Jensen (LAP)

Ralph Jørgensen (Bedre Psykiatri)

Karina Find (Rådet for Socialt Udsatte)

Vinnie Thomsen (Centerlederforeningen)

Louise Avnstrøm, (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse)