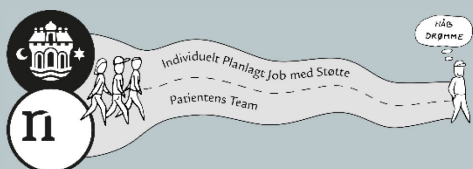




Samarbejdsmodel i regi af Patientens Team - model for integreret opgaveløsning

Med fokus på tilknytning til arbejdsmarked og uddannelse



INDHOLD

1. Introduktion til samarbejdsmodel	2
2. Formål og mål	2
3. Målgruppen	2
4. Indsatser og koordinering via Patientens team	2
5. Patientens team i praksis	3
5.1 Etablering af teamet	3
5.2 Samtykke.....	3
5.3 Sammensætning af Patientens team	3
5.4 Teamets overordnede opgave.....	3
5.5 Opgaver inden møder i Patientens team.....	3
5.6 Rammen for mødets afholdelse	3
5.7 Udarbejdelse af en fælles plan.....	4
5.8 Registrering - dokumentation	4
5.9 Virtuelle møder	4
6. Afslutning af Patientens team	5

Bilag - værktøjer:

- Netværkskort
- Skabelon for dagsordener til møder i Patientens team
- Drejebog for afholdelse af møder i Patientens team
- Aftaleark for møder i Patientens team

1. Introduktion til samarbejdsmodel

I regi af Sundhedsaftalen for Region Nordjylland er det besluttet, at samarbejdet om det gode tværsektorielle patientforløb foregår i henhold til principperne i Patientens team - jf. [Patientens team som grundlag for det gode patientforløb i det tværsektorielle samarbejde i Nordjylland](#).

I det følgende beskrives en tværsektoriel samarbejdsmodel, der er udviklet inden for rammerne af Patientens team. Modellen er udviklet i regi af Projekt Min Fælles Vej, hvor fokus er borgere over 18 år uden uddannelse eller beskæftigelse, som får en kommunal indsats via IPS-metoden.

Det er hensigten at den tværsektorielle samarbejdsmodel kan udbredes til andre kommuner i Nordjylland samt være rammen for samarbejdet i forhold til øvrige relevante målgrupper.

2. Formål og mål

Et velfungerende tværsektorielt samarbejde og koordinering af de sundhedsfaglige, beskæftigelses- og uddannelsesrettede samt sociale indsatser sammen med borgeren, er essentielt for at sikre et sammenhængende forløb i Patientens team. Samarbejdet i regi af Patientens team sikrer mere værdi for borgere og patienter, ligesom der også arbejdes med integreret opgaveløsning mellem beskæftigelsesområdet, socialområdet og sundhedsområdet.

Samarbejdsmodellen har fokus på det tværsektorielle samarbejde, hvori det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb koordineres og tilrettelægges til et sammenhængende forløb. Et samarbejde hvor målet er, at borgeren øger sin tilknytning til job eller uddannelse,

Det primære formål med samarbejdsmodellen er at sikre, at borgerens behov sættes i centrum. Det er målet, at borgere og fagprofessionelle oplever, at indsatsen er meningsfuld og sammenhængende.

3. Målgruppen

Målgruppen er borgere over 18 år uden uddannelse eller beskæftigelse. Borgere i målgruppen har:

- Kontakt til *både* kommune og Psykiatrien
- En *usikker tilknytning* til arbejdsmarked eller uddannelse.
- Ønske om/har lyst til job eller uddannelse

4. Indsatser og koordinering via Patientens team

Indsatserne omfatter sundhedsfaglige, beskæftigelsesrettede, uddannelsesrettede og sociale indsatser. Intensiteten i indsatserne varierer og tilpasses den enkelte borger på baggrund af en individuel og konkret vurdering.

Kendetegnet for forløbene er vigtigheden af en koordineret og samskabende indsats. Det er helt afgørende i forhold til at sikre stabilitet og sammenhæng i det enkelte forløb.

Fælles forløb er et redskab til at sikre mere værdi for borgere, særligt i de mere komplicerede forløb med mange involverede aktører. Her arbejdes der med en integreret opgaveløsning mellem beskæftigelsesområdet, socialområdet og sundhedsområdet samt øvrige relevante aktører.

I samarbejdsmodellen udgør *Patientens team* den organisatoriske ramme for det koordinerende og tværgående samarbejde.

5. Patientens team i praksis

5.1 Etablering af teamet

Det er socialrådgiveren i Psykiatrien og IPS-konsulenten i kommunen, der har ansvar for at initiere samarbejdet og etablere *Patientens team*. Dette sker i tæt samarbejde og dialog med øvrige aktører, herunder borgeren.

5.2 Samtykke

Møderne i *Patientens team* afholdes sammen med borgeren og med dennes samtykke. Socialrådgiveren i Psykiatrien og IPS-konsulenten har ansvar for, at der indhentes nødvendigt samtykke således, at relevante fagpersoner kan udveksle relevante oplysninger til brug for samarbejdet i Patientens team. Samtykket indhentes i henhold til gældende lovgivning. Stafetholderen sikrer ved mødestart, at der foreligger en opdateret samtykkeerklæring.

5.3 Sammensætning af Patientens team

Da tværfaglighed er et vigtigt element i *Patientens team* er det vigtigt, at alle relevante fagpersoner, der har signifikant kontakt med borgeren, deltager i teamet. Herudover deltager borgeren så vidt muligt i alle møder i regi af Patientens team.

Det er personalet i Psykiatrien/og eller IPS-konsulenten, som sammen med borgeren beslutter sammensætning af teamet.

Borgerens netværk kortlægges, 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.

Deltagelsen besluttet fra gang til gang. Jf. endvidere vedlagte bilag, Netværksskottet.

5.4 Teamets overordnede opgave

Patientens team har ansvar for at tilrettelægge et koordineret og sammenhængende forløb på tværs af fagområder, driftsenheder og sektorer, der er meningsgivende for borgeren.

Der skabes overblik over borgerens aktuelle situation og behov, og konkrete indsatser drøftes og aftales. Indsatser prioriteres, koordineres og tilrettelægges i fællesskab og sammen med borgeren.

5.5 Opgaver inden møder i Patientens team

De fagprofessionelle orienterer sig inden mødet om det aktuelle forløb. Det er vigtigt, at de fagprofessionelle foretager en forhåndssondering af organisationens muligheder for at justere de aktuelle indsatser. De fagprofessionelle kan eventuelt aftale, at der er mulighed for telefonisk kontakt under mødet ift. bevillingsspørgsmål.

Inden alle store møder i Patientens team afholder socialrådgiveren i Psykiatrien og IPS-konsulenten et formøde (evt. virtuelt/telefonisk) med borgeren med formålet at lave en forventningsafstemning samt sikre, at borgerens stemme bliver hørt ved mødet.

Det er vigtigt, at de fagprofessionelle sikrer, at der løbende ved behov er kontakt med/mellem relevante aktører.

5.6 Rammen for mødets afholdelse

Psykiatrien sikrer, at der udarbejdes en dagsorden til møderne, og borgeren samt øvrige aktører involveres i indholdet i dagsordenen – jf. vedlagte bilag, Skabelon for dagsordener til møder i Patientens team.

Drejebog for afholdelse af møder i Patientens team er vedlagt som bilag. Det bemærkes, at det er et dynamisk dokument, der løbende revideres i takt med afprøvning og indsamling af nye erfaringer.

Rollefordeling

Ved mødets start aftales og italesættes rollefordelingen (mødeledelse, referent, stafetholder m.v.). Psykiatrien er mødeleder ved møder i Patientens team.

Stafetholder

Ved hvert møde sikres, at det er tydeligt, hvem der er en udpeget som stafetholder. Der skal udpeges en stafetholder fra begge sektorer. Stafetholderne for borgerens forløb udpeges på første møde, og deltagerne forventninger til samarbejdet afstemmes.

Opsamling

Deltagerne sikrer, at der inden mødets afslutning er en mundtlig opsamling suppleret med en kort skriftlig opsamling i et aftaleark (jf. bilag) og/eller visuel dokumentation (billede af tavlen på mobiltelefon) således, at der er klare aftaler og tydelighed om følgende:

- Det videre samarbejde
- Den løbende kommunikation og sparring i teamet
- Oversigt over deltagere i teamet
- Oversigt over indgåede aftaler
- Næste møde i *Patientens team*.

5.7 Udarbejdelse af en fælles plan

På møderne sikres det, at der sker en forventningsafstemning samt en deling af aktuelle planer vedr. borgeren således, at der kan skabes en rød tråd i indsatser og forløb vedr. borgeren, herunder også i forhold til medicin.

Den fælles opgave for mødedeltagerne består i at udarbejde en samlet plan, som deltagerne forpligter sig på at arbejde efter. De fagprofessionelle beslutter sammen, hvilket redskab, der skal anvendes:

- Opdatering af udskrivningsaftale/koordinationsplan (jf. Clinical Suite)
- Udarbejdelse af et aftaleark for møder i Patientens team (jf. bilag)
- Udarbejdelse af en koordinerende indsatsplan (jf. Clinical Suite)
- Visuel opsamling, som borgeren kan få med direkte fra mødet f.eks. via billede på mobiltelefon.

Planen skal afspejle, at teamet samarbejder om at fastholde eller få borgeren i uddannelse eller arbejde. Det er essentielt, at borgerens egne prioriteringer medtages, så borgeren føler ejerskab til de indgåede aftaler.

Ved behov drøftes en fælles kriseplan for borgeren med henblik på at sikre et stabilt forløb, samt klare aftaler om hvem, der gør hvad. Kriseplanen skal indarbejdes i den fælles plan.

5.8 Registrering - dokumentation

De fagprofessionelle har selvstændigt ansvar for at registrere og dokumentere relevante aktiviteter, herunder mødedeltagelse, i henhold til ansættelsesstedets gældende regler.

5.9 Virtuelle møder

Der er mulighed for, at møder i regi af Patientens team afholdes som virtuelle møder for at øge tilgængeligheden og understøtte samarbejdet med og omkring borgerne på tværs af region og kommune på trods af geografiske afstande.

6. Afslutning af Patientens team

Patientens team-samarbejdet afsluttes, når behandlingen afsluttes i Psykiatrien. Afslutning af samarbejdet skal afstemmes mellem de primære aktører i Patientens team. Det skal sikres, at borgeren orienteres om afslutning af Patientens team.

Bilag: Netværket i Patientens team (netværkskort)

Socialstyrelsen har udviklet et netværkskort, der er et redskab, hvor patienten sammen med den primære kontaktperson kortlægger de fagpersoner og personer fra det private netværk, som er relevante at inddrage i det tværsektorielle samarbejde - jf. endvidere [Socialstyrelsens metoder og tilgange i samarbejdsmodellen](#).

Hvad er formålet?

Formålet er at kortlægge patientens netværk med henblik på at få overblik over, hvem patienten har en relation til, herunder hvem der kan hjælpe patienten, uanset om der er tale om fagpersoner eller personer fra det private netværk.

Hvem skal bruge det?

Patienten udfylder netværkskortet sammen med sin primære kontaktperson. Alle fagpersoner, der arbejder sammen med patienten kan med patientens samtykke bruge kortet til at få et overblik over de fagpersoner, som er en del af patientens netværk.

Hvornår bruges det?

Netværkskortet udfyldes forud for det første møde i Patientens team. Derudover benytter patienten og den primære kontaktperson kortet som en del af forberedelsen af de tværfaglige møder samt efter behov, hvis der er brug for at tale om, hvem der konkret kan være til støtte i en given situation. Netværket skal ikke blot kortlægges, men også aktivt opsøges og inddrages, hvor det er relevant for patientens forløb.

Hvordan bruges det?

Ud fra netværkskortet afdækkes, hvem der indgår i patientens netværk. Konkrete spørgsmål til patienten kunne være:

- Hvilke vigtige personer findes i dit liv?
- Hvem kender til, hvordan du har det?
- Hvem kan du tale med eller få hjælp fra?
- Hvem af dem skal med til møderne?

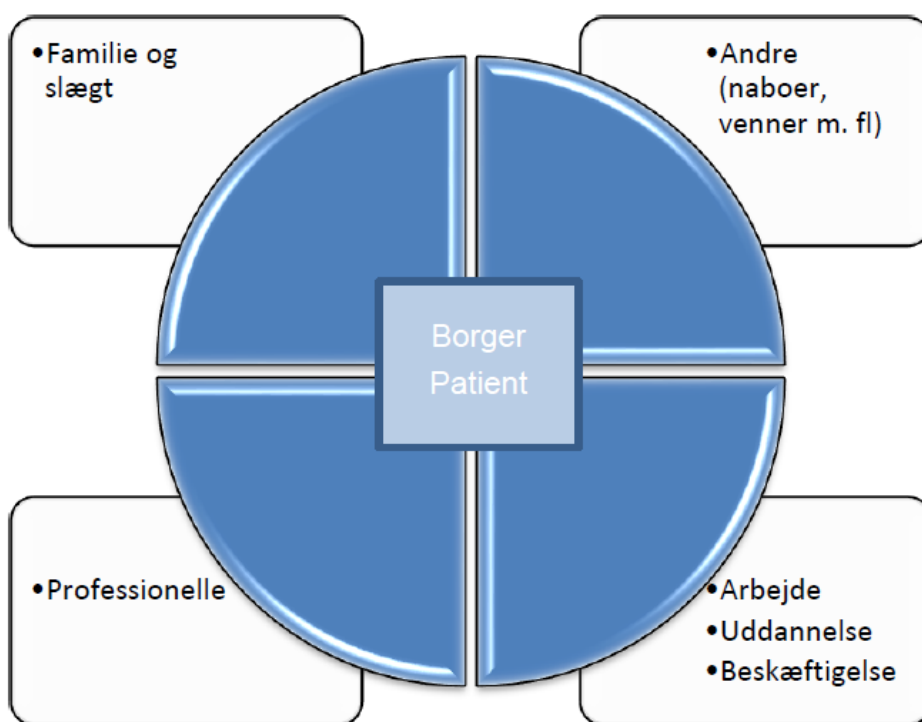
Ud fra netværkskortet udpeges følgende konkrete personer:

- Patienten
- De fagpersoner, som skal indgå i Patientens team
- Øvrige personer, som kan inddrages ad-hoc, for eksempel personer på patientens arbejdsplads, og/eller uddannelsesinstitution
- Øvrige personer fra patientens private netværk, herunder familie og andre. Det kan være naboer, venner m.v.

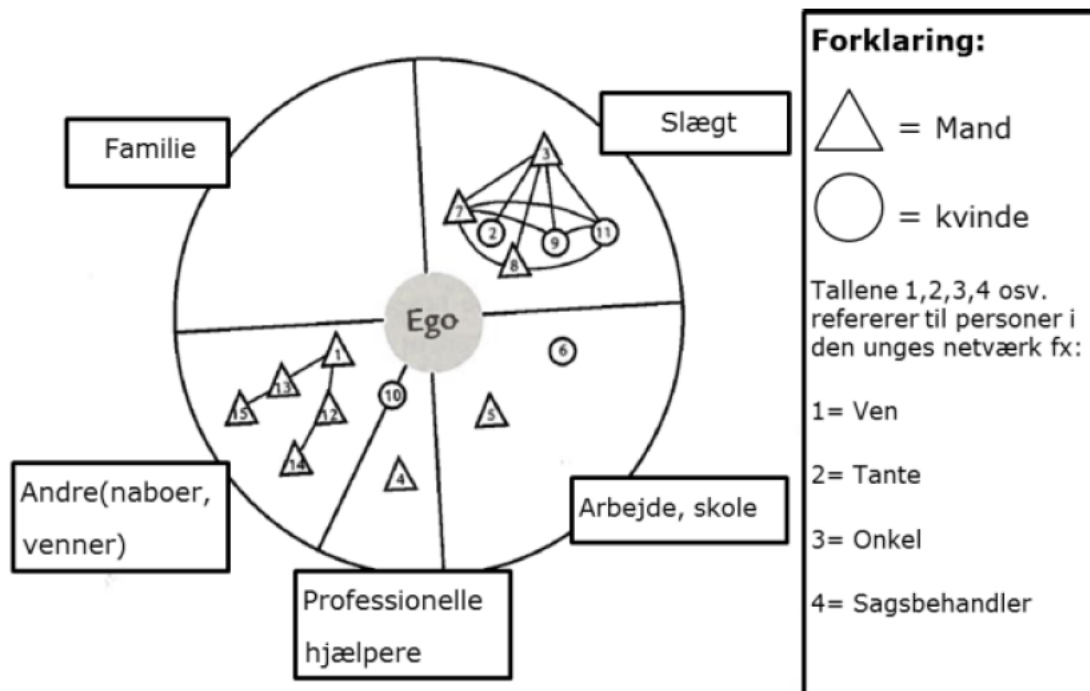
De konkrete trin i kortlægningen følger her:

1. Patienten udarbejder en liste over de personer som pågældende har en relation til.
2. I netværkskortet (se nedenfor) placeres personerne i de relevante felter i den afstand som føles rigtig for patienten:
 - a) Familie: De personer, som patienten bor hos/sammen med, hvor relationen gentages dagligt.

- b) Slægt: De personer, som patienten ikke bor sammen med, og hvor der dermed er sjældnere kontakt
 - c) Andre personer, som patienten møder i fritiden: Naboer, venner m. fl.
 - d) Arbejde/skole: Leder/chef på arbejdsplads, kollegaer og lærere – relationen gentages eventuelt dagligt
 - e) Fagpersoner: De fagpersoner, som skal indgå i Patientens team herunder sagsbehandlere, koordinator, og andre fagpersoner, for eksempel bisidder fra fagforening eller a-kasse, psykolog eller misbrugskonsulent.
3. I netværkshortet tegner patienten en streg mellem de personer, der har noget med hinanden at gøre. Se eksempel nedenfor.
 4. Fagpersonerne, personerne fra det private netværk og deres kontaktoplysninger samt kort beskrivelse af, hvad de kan hjælpe med, skrives ind i netværksoverblikket.



Nedenfor er et eksempel på et udfyldt netværkshort. Primær kontaktperson finder sammen med patienten ud af, hvordan kortet visuelt skal tegnes. Det kan være en god ide at tage et stort stykke papir (A3) at tegne kortet på, og så scanne papiret ind, så det ligger elektronisk og er let at dele med andre. Primære kontaktperson skal – med samtykke fra patienten – sende kortet til Patientens team.



Skabelon for dagsorden til møder i Patientens team

Invitation til møde i Patientens team mellem (*indsæt kommune/afdeling*) og (*indsæt klinik*)

Patientens navn/cpr.nr:

Mødetid/dato:

Mødested/lokale/opkaldslink:

Deltagere (navn og titel/rolle):

Afbud til mødet:

Formål med mødet:

Dagsorden:

1. Velkomst og præsentation af mødedeltagere og rammer for mødet [*Ved mødeleder*]
2. [*Borgerens navn*] ønsker til mødet
3. Opfølgning på aftaler fra tidligere møder
4. Vigtige emner bordet rundt
5. Fælles mundtlig opsamling af aftaler
6. Aftale vedr. udarbejdelse/opsamling af den fælles skriftlige plan
Eksempelvis:
 - *Udarbejdelse af et aftaleark for møder i Patientens team (mødelederen sikrer, at det gøres på mødet)*
 - *Visuel opsamling, som borgeren kan få med direkte fra mødet f.eks. via billede på mobiltelefon (mødelederen sikrer, at det gøres på mødet)*
 - *Opdatering af udskrivningsaftale/koordinationsplan (gøres af Psykiatriens socialrådgiver efter mødet)*
 - *Udarbejdelse af en koordinerende indsatsplan (gøres af Psykiatriens socialrådgiver efter mødet)*
7. Dato for næste møde og udpegning af stafetholder

Psykiatrien indkalder patient/borger og eventuelle pårørende til mødet.

Af udskrivningsaftalen fremgår, hvad der er aftalt på mødet.

Med venlig hilsen

...

Møder i Patientens Team – Tværprofessionelt samarbejde med patienten i centrum.		
Forberedelse af møde	<p>Psykiatriens socialrådgiver og IPS-konsulent laver en forventningsafstemning før mødet sammen med patienten.</p> <p>Udvælgelse af punkter eller temaer til drøftelse på mødet sammen med patienten.</p> <p>Afklaring sammen med patienten om, hvem der skal deltage i mødet.</p> <p>Psykiatriens socialrådgiver fremsender dagsorden til patienten og de øvrige aktører i Patientens team.</p>	<p>Vigtigt at hver aktør sikrer involvering og dialog med sit bagland og øvrige relevante parter, der skal deltage i mødet.</p> <p>Som udgangspunkt benyttes korte digitale løsninger til det forberedende arbejde.</p> <p>Begynd planlægningen i god tid.</p>
Mødet i Patientens team		
Rammesætning af mødet	<p>Mødeleder byder velkommen og fortæller om rammen for mødet. Der informeres om, hvor lang tid, der er afsat til mødet, og måden hvorpå mødet vil forløbe.</p> <p>Det oplyses, hvem der er mødeleder og besluttes, hvem der står for en kort skriftlig opsamling af mødet (enten på tavle eller aftaleark).</p> <p>Mødeleder opfordrer til, at der stilles spørgsmål til det, man ikke forstår eller er i tvivl om.</p>	<p>Psykiatriens socialrådgiver er mødeleder og varetager denne opgave.</p>
Formål med mødet	<p>Koordinere og samarbejde på tværs, mhp. at sikre en rød tråd i samarbejdet med patienten.</p> <p>Der tages udgangspunkt i patientens egne ønsker og mål.</p>	<p>Mødelederen står for denne proces.</p>

	Mødet skal understøtte, at der laves en fælles plan og indsats på tværs.	
Roller på mødet	Det aftales fra starten af mødet, hvilken form for opsamling, der laves på mødet. Det oplyses endvidere, hvorvidt der udarbejdes en udskrivningsaftale (revideres) eller en koordinerende indsatsplan.	Mødelederen faciliterer disse drøftelser og beslutninger.
Drøftelser bordet rundt	Drøftelse af punkterne på dagsorden.	Målet er at styrke relationerne i teamet, bidrage med overblik og fælles forståelse for borgerens forløb og ønsker. Målet er endvidere at skabe en fælles fortælling på tværs og forløbet og indsatsen.
Holde mødet på rette kurs	Mødeleder deltager både i mødets indholdssnak og skal desuden have et overordnet metablik over, hvordan mødet forløber. Brug af timeout og mindre mundtlige opsamlinger. Hvis det er svært at holde fokus på mødet, gentages målet med mødet, samt hvad det er, vi skal opnå sammen ved mødet.	Holder vi planen, eller er mødet på vej ud af den forkerte kurs? Er patienten stået af eller fortsat aktiv deltager ved mødet?
Opsamling af mødet	Afsluttende laver mødeleder en mundtlig opsamling med henblik på at sikre en fælles forståelse af aftaler og planer. Der skal fokus på at lave faste aftaler om, hvornår/hvordan teamet skal aktiveres mellem møderne. Der skal laves aftaler med patienten om en handlingsplan, som forebygger forværring eller andre kriser, herunder hvem der gør hvad?	Mødeleder skal sikre, at alle deltagere har den samme forståelse af mødets outcome. Mødeleder har et ansvar for, at alle bliver hørt i denne proces.

	Opsamlingen kan være skriftlig via en tavle eller via et aftaleark i papirform.	
Forløbskoordinatorer	Ved mødets afslutning udpeges der en forløbskoordinator/kontaktperson fra hver sektor.	Forløbskoordinatoren kan være en kontaktperson, der ikke står med det primære behandlingsarbejde eller myndighedsarbejde.
Aftale om næste møde	Der skal laves en aftale om tidspunktet for næste møde.	
Evt. udarbejdelse af en udskrivningsaftale (revidering) eller en koordinerende indsatsplan, opsamling på tavle eller på et aftaleark	Psykiatriens socialrådgiver står for at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinerende indsatsplaner. Efter mødet fremsendes aftalen/planen til mødedeltagerne. De øvrige opsamlings laves af den, der udpeget ved mødets start.	Sikre en helhedstankegang. Målet er, at patienten oplever en helhed i tilbud og indsats på tværs af sektorer, og at den fælles plan, understøtter ønsket om uddannelse og arbejde.

AFTALEARK – MØDER I PATIENTENS TEAM

Aftalearket er et supplement til dagsordenen og bruges til at skabe overblik over aftaler og rød tråd i dit forløb.
Arket udfyldes i fællesskab afslutningsvist på mødet i Patientens Team.

NAVN		CPR.NR	
MØDEDATO		SAMTYKKE TIL FORTSAT DELTAGELSE I PROJEKTET	<input type="radio"/> (sæt kryds)
MØDEDELTAGERE (FUNKTION)			
OPFØLGNING PÅ AFTALER FRA SIDSTE MØDE (hvis relevant)			
FREMTIDIGE AFTALER			ANSVARLIG
KOMMENTARER FRA BORGER			
TIDSPUNKT FOR NÆSTE MØDE I PATIENTENS TEAM + ANSVARLIG FOR INDKALDELSE			