



# Den Tværsektorielle Grundaftale

2015-2018

Forløbsprogram for voksne med bipolar affektiv  
sindslidelse

Indsatsområde: Behandling og Pleje

Status: Godkendt december 2018

## Indhold

1. Introduktion til forløbsprogram.....	2
2. Formål .....	2
3. Målgruppen.....	2
4. Indsatser og koordinering på tværs .....	2
5. Patientens team – i praksis.....	3
6. Opfølgning og kvalitetsmonitorering .....	6
7. Bilagsoversigt.....	6
8. Bilag.....	7

## 1. Introduktion til forløbsprogram

Dette forløbsprogram er en revideret udgave af "Forløbsprogram for borgere med bipolar affektiv sindslidelse", der blev udarbejdet og evalueret i projektperioden 2016-2017.

Det reviderede forløbsprogram afslutter et 2-årigt projektsamarbejde mellem Psykiatrien, 9 nordjyske kommuner og almen praksis og markerer samtidigt, at forløbsprogrammet overgår til daglig drift i 2018.

Forløbsprogrammet beskriver relevante indsatser for borgere med bipolar affektiv sindslidelse og anviser *Patientens team*<sup>1</sup> som ramme for samarbejdet på tværs af sektorerne.

Forløbsprogrammet skal bruges i praksis af de fagprofessionelle, der er i kontakt med borgere med bipolar affektiv sindslidelse.

Ved interesse for det forudgående projektarbejde kan *Projektudgaven af forløbsprogrammet* rekvireres ved henvendelse til Psykiatridelsens sekretariat.

## 2. Formål

Et velfungerende tværsektorielt samarbejde og koordinering af de sundhedsfaglige, beskæftigelses- og uddannelsesrettede samt sociale indsatser er essentiel for det samlede udbytte for borgeren.

Forløbsprogrammet 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.

Forløbsprogrammet forventes at bidrage til følgende:

- At borgeren oplever et sammenhængende og koordineret forløb på tværs af sektorer
- At borgerens tilknytning til uddannelsessystem eller arbejdsmarkedet forbedres
- At antallet af (gen)indlæggelser reduceres

## 3. Målgruppen

Målgruppen er voksne med *diagnosticeret* bipolar affektiv sindslidelse, eller manisk enkeltepisode (aktionsdiagnose ICD-10, DF30 eller DF31).

Personer i målgruppen har:

- kontakt til **både** kommune **og** Psykiatrien
- en **usikker tilknytning** til arbejdsmarked eller uddannelse.

Relevante borgere identificeres i Psykiatrien i forbindelse med sædvanlige kontakter.

## 4. Indsatser og koordinering på tværs

### 4.1. Indsatser

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

---

<sup>1</sup> Patientens team er et tværsektorielt samarbejdsteam med deltagelse af repræsentanter fra de forskellige sektorer. Teamets kerneopgave er at koordinere indsatser, så borgeren (patienten) oplever et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sektorerne.

I forløbsprogrammet anvendes "Patientens team" i en tværsektoriel kontekst, hvor "patient" anvendes synonymt med "borger".

Både primær og sekundær sektorerne bidrager med *sundhedsfaglige indsatser* til borgere med bipolar affektiv sindslidelse. Praksissektoren (almen praktiserende læge, praktiserende speciallæger og psykologer) spiller f.eks. en vigtig rolle i forhold til opsporing, visitation, behandling og opfølgning.

Det kommunale sundhedsområde leverer indsatser i form af hjemmesygepleje, sundhedsfremme og forebyggelse samt misbrugsbehandling.

Den regionale sygehuspsykiatri varetager udredning, diagnosticering og initial behandlingsindsats af borgere med psykiske lidelser. Opgaverne i Psykiatrien er forankret i den psykiatriske skadestue, ambulatorier og sengeafsnit.

Kommunerne varetager de *sociale, beskæftigelses- og uddannelsesrettede* indsatser, hvorfor både socialpsykiatri og jobcentre er centrale og vigtige deltagere i det tværsektorielle samarbejde og i forhold til koordinering af den samlede intervention.

Oversigt på relevante indsatser for målgruppen findes bagerst i forløbsprogrammet.

#### **4.2 Koordinering på tværs af sektorer – i regi af *Patientens team***

En forudsætning for at skabe et sammenhængende og koordineret forløb er et tæt samarbejde på tværs af sektorer og fagområder.

I forløbsprogrammet udgør *Patientens team* den organisatoriske ramme for det koordinerende og tværgående samarbejde. Det betyder, at indsatser koordineres og tilrettelægges af teamet og med deltagelse af borgere.

Det bemærkes, at borgerens tilknytning til job eller uddannelse er et centralt omdrejningspunkt for samarbejdet i *Patientens team*.

## **5. Patientens team – i praksis**

### **5.1 Hjælpedokumenter**

Til understøttelse af det praktiske samarbejde i *Patientens team* er der udarbejdet en række hjælpedokumenter, der fremgår i bilagsmaterialet.

Dokumenterne hentes i **opdaterede versioner** på Psykiatriens hjemmeside [www.Psykiatrien.rn.dk](http://www.Psykiatrien.rn.dk) under fanen "For sundhedsfaglige" - Samarbejde og projekter.

Følgende hjælpedokumenter er tilgængelige via hjemmesiden:

*Informationspjece til borger om udvidet samarbejde i regi af Patientens team*

*Samtykkeerklæring til etablering af Patientens team på tværs af sektorer*

*Oversigtsliste med relevante mailadresser (afdelinger, kontaktpersoner)*

*Disposition til forløbsplan (forslag)*

### **5.2 Etablering af teamet**

Det er Psykiatrien, som har ansvar for at initiere samarbejdet og etablere *Patientens team*.

Personalet i Psykiatrien (læge, psykolog eller sundhedsfaglig person) informerer borgeren om muligheden for at etablere et udvidet tværsektorielt samarbejde i regi af *Patientens team*. Det er vigtigt at pointere overfor borgeren, at det centrale formål med samarbejdet er at understøtte en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Personalet i Psykiatrien:

- udleverer informationspjece
- indhenter samtykke

- sammensætter teamet i samarbejde med borger
- afklarer hvilke problemstillinger, der ønskes behandlet på første møde
- Sender invitation til første møde i *Patientens team*

Invitation til første møde sendes via sikker mail. Kender man ikke modtagerens mailadresse sendes invitation til relevant afdelingspostkasse i den pågældende kommune. Du finder en oversigtsliste på relevante mailadresser i bilag og på Psykiatriens hjemmeside.

Er der usikkerhed om borgeren aktuelt har en relevant kontakt til kommunen forespørges kommunen inden Patientens team etableres.

### 5.3 Sammensætning og rollefordeling

Fordi tværfaglighed er et vigtigt element i *Patientens team* er det vigtigt, at alle relevante fagpersoner, der har signifikant kontakt med borgeren, deltager i teamet.

Det er personalet i Psykiatrien, som sammen med borgeren beslutter sammensætning af teamet.

I teamet indgår 2 centrale roller

- En behandlingsansvarlig
- En koordineringsansvarlig

Den behandlingsansvarlige er læge og er ansvarlig for behandling og koordinering af den sundhedsfaglige behandlingsindsats.

Ansaret for koordinering af det samlede rehabiliteringsforløb kan varetages af forskellige fagpersoner – uanset hvilken sektor denne er ansat i. Rollen som koordineringsansvarlig betegnes *forløbskoordinator*.

Som udgangspunkt ligger forløbskoordinatorrollen i kommunalt regi for borgere i ambulans behandling og i Psykiatrien for indlagte borgere.

### 5.4 Opgaver i tilknytning til *Patientens team*

#### 5.4.1. Teamets opgave

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

Indsatser prioriteres, koordineres og tilrettelægges i fællesskab og sammen med borgeren.

Teamet udarbejder en samlet forløbsplan<sup>2</sup>, der beskriver det bedst mulige behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgeren.

Det er et selvstændigt mål, at teamet koordinerer forløbet ud fra målet om, at borgeren kan fastholde eller forbedre sin tilknytning til job eller uddannelse.

#### 5.4.2 Forløbskoordinatorens opgaver

Forløbskoordinatoren skal sikre, at det samlede forløb på tværs af sektorer koordineres i regi af *Patientens team*. Det betyder, at forløbskoordinatoren leder og koordinerer samarbejdet i *Patientens team*.

Forløbskoordinatoren er ansvarlig for at indkalde til møder, mødeledelse og at dokumentere det samlede, koordinerede forløb i en forløbsplan eller et aftalenotat. Forløbskoordinatoren kan uddelegere opgaverne som mødeleder og referent til øvrige mødedeltagere.

<sup>2</sup> Forløbsplan er en overordnet dokumentation af den samlede, koordinerede behandlings- og rehabiliteringsplan. Teamet kan anvende skabelon til Forløbsplan, alternativt kan teamet anvende lokale dokumenter/skemaer/indsatsplaner el.lign., som teamet finder velegnet til dokumentation for teamets beslutninger og det koordinerede forløb.

Forløbskoordinatoren sikrer ved mødestart, at der foreligger – alternativt underskrives - en opdateret samtykkeerklæring.

Forløbskoordinator har ansvar for, at alle deltagere får kopi af forløbsplan/referat. Forløbskoordinatoren kan sende forløbsplan/referat til borgerens hjemadresse eller e-Boks. Referat/forløbsplan bør sendes til mødedeltagerne indenfor 2 uger.

#### **5.4.3 Opgaver for deltagere i teamet.**

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

Deltagerne har selvstændigt ansvar for at dokumentere relevante aktiviteter – herunder mødedeltagelse - i henhold til ansættelsesstedets gældende regler.

I Psykiatrien registreres møder i *Patientens team* som "Netværksmøde med patientdeltagelse" (BVAW2 i PAS eller Bookplan).

### **5.5 Samarbejdet i *Patientens team*.**

#### **5.5.1 Opstartsmøde**

Forløbskoordinator udpeges på første møde, og deltagernes forventninger til samarbejdet afstemmes.

Målet for første møde er, at teamet får tilrettelagt og beskrevet et koordineret og sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

Den fælles opgave for deltagerne består i at udarbejde en samlet forløbsplan, som deltagerne forpligter sig på at arbejde efter. Forløbsplanen skal integrere og koordinere alle øvrige delplaner, som deltagerne hver for sig har udarbejdet og baserer sine indsatser på - f.eks. behandlingsplan, udskrivningsaftale eller rehabiliteringsplan.

Forløbsplanen 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.

Afslutningsvis sikrer deltagerne, at der er klare procedurer for kontakt og kommunikation mellem teamdeltagerne, og dato for næste møde fastlægges.

#### **5.5.2. Opfølgende møder**

Behovet for opfølgende møder afklares i teamet. Mødeplanen tilrettelægges med særlig opmærksomhed på overgange (fx. ved indlæggelse eller afslutning af et ambulante behandlingsforløb).

I planlægning af møder skal man være opmærksom, at hele teamet ikke nødvendigvis skal deltage i alle møder. Der skal tages hensyn til prioritering af deltagernes tid, og at borgeren kan have vanskeligheder med store mødefora. Der skal altid ske en afvejning af, om et teammøde er relevant og nødvendigt, eller om koordinering kan håndteres på anden måde. Deltagerne drøfter, om møder kan afvikles som telefon- og videokonference. Det er vigtigt, at borgeren også deltager ved video/telefonmøder.

Forløbskoordinatoren skal opdateres fra teammedlemmer på de respektive fag- og indsatsområder ved afvigelser i relation til teamets beslutninger/ aftaler. Forløbskoordinator afklarer herefter behovet for "ekstraordinære" teammøder med den behandlingsansvarlige læge.

### **5.6 Nedlæggelse af teamet**

Så længe borgeren opfylder inklusionskriterierne opretholdes *Patientens team*.

Borgeren har ved inklusion givet sit ét-årige samtykke til, at teamets deltagere kan udveksle helbredsoplysninger på tværs af sektorer og afdelinger. Hvis borgeren tilbagekalder eller ikke ønsker at gentage sit samtykke nedlægges *Patientens team*.

Ved udskrivelse fra Psykiatrien eller hvis kontakten til kommune ophører, afsluttes samarbejdet i *Patientens team*. Genoptager borgeren kontakt til Psykiatrien og til kommune, kan samarbejdet i teamet genaktiveres.

## 6. Opfølgning og kvalitetsmonitorering

Med forløbsprogrammet sættes fokus på borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet, øget borgerinddragelse og bedre koordinering af indsatser på tværs af sektorer.

For borgere med bipolar affektiv sindslidelse forventes forløbsprogrammet at bidrage til:

- Sammenhængende og velkoordinerede behandlings- og rehabiliteringsforløb
- Øget eller stabiliseret tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked
- Reduktion i antal af (gen)indlæggelser

De etablerede samarbejdsfora indenfor psykiatriområdet har ansvar for opfølgning på og fortsat implementering af forløbsprogrammet.

Kvalitetsopfølgning på forløbsprogrammet koordineres af Psykiatrien, hvor opgaven følger og indgår i Psykiatriens sædvanlige kvalitetsrapportering. De deltagende kommuner leverer relevante data<sup>3</sup> på anmodning fra Psykiatrien i forbindelse med kvalitetsopfølgning.

Kvalitetsopfølgning baseres på systemtræk i Psykiatriens og kommunernes IT-systemer samt patienttilfredshedsmålinger via LUP Psykiatri. Efter behov kan LUP tilfredshedsmålingen suppleres med en tværsektorsmåling af borgernes oplevelser baseret på det programspecifikke surveys, der blev anvendt i projektperioden.

De etablerede samarbejdsfora vurderer behovet for at afvikle fælles og tværsektoriel kompetenceudvikling i relation til forløbsprogrammet. Koordinering af fællesaktiviteter varetages af Psykiatriens uddannelsesråd. Psykiatriens uddannelsesråd modtager forslag til aktiviteter fra de etablerede og relevante samarbejdsfora i klyngesamarbejdet.

## 7. Bilagsoversigt

1. Informationspjece til borger
2. Samtykkeerklæring
3. Mailadresseliste
4. Forslag til disposition til forløbsplan
5. Oversigtskema indsatser

---

<sup>3</sup> Eksempelvis data vedr. ændring i forsørgelsesgrundlag, sagsstatus i jobcenter, omfang af sociale ydelser/indsatser.

## 8. Bilag

### Bilag 1. Informationspjece til borgeren

(Opdateret version til udlevering skal hentes på Psykiatriens hjemmeside)

#### Tilbud om udvidet samarbejde mellem Psykiatrien, kommune og egen læge til dig, der har en bipolar affektiv lidelse.

Når du har en bipolar affektiv lidelse, er det vigtigt, at der er et tæt samarbejde mellem Psykiatri, kommune og din læge, så du vedvarende får den støtte, du har brug for.

Derfor har vi udviklet en samarbejdsmodel som skal sikre sammenhæng i det samlede behandlingstilbud, du får. Modellen har vi kaldt for *Patientens team* - på tværs af sektorer.

Samarbejdet skal forbedre dine muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse.

Du er selv deltager i *Patientens team* og bidrager derfor aktivt i tilrettelæggelse af dit eget forløb. Samarbejdet i *Patientens team* opretholdes så længe, du har kontakt til både Psykiatrien og kommunen.

#### TILBUDETS INDHOLD

##### Patientens Team

Du og eventuelt dine pårørende er de centrale personer i teamet. Derudover sammensættes teamet af relevante personer, som skal samarbejde om at støtte dig i at komme i job eller uddannelse. Teamet vil typisk bestå af de fagpersoner, du i forvejen er i kontakt med i Psykiatrien, i kommunen (jobcenter) og i almen praksis.

Teamet holder løbende møder, hvor der laves aftaler om dit forløb.

##### En forløbskoordinator

Der bliver udpeget en forløbskoordinator, der har det samlede overblik over dit forløb. Forløbskoordinatoren sørger for, at teamet mødes ved behov.

##### En samlet plan

På første teammøde udarbejdes en samlet plan (forløbsplan). Med udgangspunkt i dine behov koordineres og tilrettelægges de indsatser, som Psykiatrien, kommunen (jobcenter og socialpsykiatri) og din egen læge skal sætte i værk. Planen skal skabe større overskuelighed og sikre, at de forskellige tiltag spiller bedst muligt sammen.

#### TAVSHEDSPLIGT OG SAMTYKKE

Hvis du ønsker at tage imod tilbuddet, skal du give skriftligt samtykke til, at deltagerne i *Patientens team* må udveksle oplysninger med hinanden.

Ved at underskrive vedlagte samtykkeerklæring giver du samtykke til følgende:

Der kan etableres et tværgående koordinerings- og samarbejdsnetværk (*Patientens team*), som indebærer, at personerne i teamet kan udveksle oplysninger af personfølsom karakter – herunder helbredsoplysninger. Teamets deltagere er fagpersoner fra kommunens social- og arbejdsmarkedsområde (socialpsykiatri og jobcenter), almen praksis (egen læge) og Psykiatrien.

Samtykket gælder for 1 år, og du kan til enhver tid trække det tilbage.

#### KONTAKT OG MERE VIDEN

Du kan finde yderligere information om tilbuddet og 'Forløbsprogram for borgere med bipolar affektiv sindslidelse' på Psykiatriens hjemmeside [www.psykiatri.rn.dk](http://www.psykiatri.rn.dk)

Har du spørgsmål kan du henvende dig til de fagpersoner, du er i kontakt med i Psykiatrien eller kommunen.



## Bilag 2. Samtykkeerklæring (Opdateret version til underskrivelse skal hentes på Psykiatriens hjemmeside)

### Samtykkeerklæring

Dette er en samtykkeerklæring, hvor du giver deltagerne i **Patientens team** tilladelse til at udveksle personoplysninger på tværs af Psykiatri, kommune og almen praksis, jf. "Forløbsprogram for mennesker med bipolar affektiv sindslidelse".

Med denne samtykkeerklæring giver du tilladelse til, at de fagpersoner, der deltager i koordinering og tilrettelæggelse af dit behandlings- og rehabiliteringsforløb, må udveksle oplysninger af personfølsom karakter – herunder helbredsmæssige oplysninger - om dig.

### Hvad er formålet?

Formålet med samarbejdet i *Patientens team* er, at skabe størst mulig sammenhæng i dit samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb med henblik på at forbedre dine muligheder for at fastholde eller komme i job eller uddannelse.

### Hvem skal bruge dit samtykke?

Samtykkeerklæringen omfatter de fagpersoner, som du er i kontakt med, og som er deltagere i *Patientens team* – det vil sige medarbejdere i Psykiatrien, almen praksis (egen læge) og kommunen (jobcenter, socialpsykiatri, social-/ydelsesområdet, sundhedsområdet) samt eventuelt andre relevante fagpersoner.

### Hvornår bruges dit samtykke?

Samtykket er gældende fra dags dato og 1 år frem.

Du kan tilbagekalde dit samtykke til indhentning/videregivelse af oplysninger, jf. Persondatalovens § 38.

**Jeg giver samtykke til, at der må udveksles oplysninger i forbindelse med det tværgående samarbejde i regi af *Patientens team*, jf. "Forløbsprogram for mennesker med bipolar affektiv sindslidelse"**

Dato:

Samtykket gælder til dato:

Navn på samtykkegiver:

CPR-nummer:

*Udveksling af oplysninger sker efter Retssikkerhedslovens § 11a-c og Forvaltningslovens § 28, Sundhedslovens § 41- 44, samt Persondataloven.*

### Bilag 3. Mailliste afdelingspostkasser og kontaktpersoner

Mailadresser, som kan anvendes til invitation og henvendelser vedr. "Patientens team":

**OBS: Hvilke mailadresser kan jeg sende sikkert til?**

Hvis adressefeltet bliver grønt kan der sendes sikkert til mailadressen. Bemærk at til mange myndigheder og enkelte virksomheder kan der sendes sikkert **direkte til den enkelte medarbejder/funktion.**

Kommune	Afdeling	Mailadresse. HUSK - angiv en " <b>Att.- tekst</b> " i emnefeltet
<b>Aalborg</b>	Jobcenter:	<i>"Att. Bipolar forløbsprogram – Patientens team"</i> <a href="mailto:fb.forvaltning@aalborg.dk">fb.forvaltning@aalborg.dk</a>
	Socialpsykiatrien:	<a href="mailto:fagc-soc-psyk@aalborg.dk">fagc-soc-psyk@aalborg.dk</a>
<b>Mariagerfjord</b>	Jobcenter:	<a href="mailto:sikkerpost@mariagerfjord.dk">sikkerpost@mariagerfjord.dk</a> <i>"Att. Jobcenteret – Bipolar forløbsprogram"</i>
	Socialpsykiatri:	<i>"Att. Socialpsykiatri – Bipolar forløbsprogram"</i>
<b>Hjørring</b>	Jobcenter:	<a href="mailto:sikkerpost@hjoerring.dk">sikkerpost@hjoerring.dk</a> <i>"Att. Jobcenter Anette Simonsen"</i>
	Socialpsykiatri:	<i>"Att. Socialpsykiatri Mikael Karup Haugaard"</i>
<b>Jammerbugt</b>	Jobcenter	<a href="mailto:ssb@jammerbugt.dk">ssb@jammerbugt.dk</a> <i>Att. Jobcenter – Bipolar forløbsprogram</i>
	Socialpsykiatri	<i>Att. Socialpsykiatrien – Bipolar forløbsprogram</i>
<b>Vesthimmerland</b>	Jobcenter & Socialpsykiatri	<a href="mailto:sikkerpost@vesthimmerland.dk">sikkerpost@vesthimmerland.dk</a> <i>Att.: psykiatrikoordinator Karina Rønnaa</i>
<b>Frederikshavn</b>	Jobcenter:	<a href="mailto:sikkerpost@frederikshavn.dk">sikkerpost@frederikshavn.dk</a> <i>"Att. Jobcenter Mette Neist og Jette K Rasch"</i> <i>(mens@frederikshavn.dk)</i>
	Socialpsykiatri:	OBS. Ved borgere under 30 år: <i>"Att. ungeenheden – Forløbsprogram Bipolar"</i>  <i>"Att. Socialenheden, Lene Haven Beck"</i> <i>(lebc@frederikshavn.dk)</i>
<b>Rebild</b>	Jobcenter	<a href="mailto:sikkerpost@rebild.dk">sikkerpost@rebild.dk</a> <i>"Att. Jobcenter Maiken W Jensen"</i>
	Socialpsykiatri	<i>"Att. Socialpsykiatri Jette D Jensen"</i>
<b>Morsø</b>		<a href="mailto:sikkerpost@morsoe.dk">sikkerpost@morsoe.dk</a>

	Socialpsykiatrien: Jobcenter:	Att. Socialpsykiatri, Sabina Gry Hansen og Helle Janum Pedersen" "Att. Jobcenter Ellen Spanggaard"
<b>Thisted</b>	Jobcenter: Socialpsykiatri:	<a href="mailto:sikkerpost@thisted.dk">sikkerpost@thisted.dk</a> "Att. Jobcenter, Anne Vadmann" "Att. Socialpsykiatri Helle Brogaard Christensen"

### Mailadresser Psykiatrien

Psykiatrien	Afdeling	Mail og telefon
<b>Klinik Psykiatri Nord</b>  (Frederikshavn, Hjørring, Brønderslev, Thisted)	Alle afd. & amb.  - socialrådgiverne videreformidler	<a href="mailto:socialraadgivere-afdN@rn.dk">socialraadgivere-afdN@rn.dk</a>  "Forløbsprogram bipolar - Patientens team"
<b>Klinik Psykiatri Syd</b>  (Aalborg)	Amb. for Mani og Depression.  Pr.1.1.18: "Enhed for bipolar lidelse"	<a href="mailto:amb.mani-depression@rn.dk">amb.mani-depression@rn.dk</a>  "Forløbsprogram Bipolar - Patientens team"

30. november 2017

**Bilag 4. Forslag til disposition til forløbsplan  
(Opdateret version hentes på Psykiatriens hjemmeside.)**

**Forløbsplan (det samlede og koordinerede forløb)**

**1. Kontaktinformation på teamdeltagere (navn, stilling, hovednummer, evt. afdelingspostkasse/mail)**

Behandlingsansvarlig læge:

Forløbskoordinator:

Øvrige medlemmer:

**2. Samtykke**

Samtykkeerklæring er opdateret og underskrevet d. XX.XX.XX.

Eventuelle undtagelser noteres her.

**3. Tidligere forløbsplaner og dato for næste opfølgning på nærværende plan**

Tidligere forløbsplan er udarbejdet: xxxxxx

**4. Aktuelle udfordringer**

Her foretages en vurdering af de primære udfordringer, som teamet skal arbejde videre med. Eksempler kan være hjemløshed, dårlig kompliance, udsigt til at miste forsørgelsesgrundlag el. lign.

**5. Borgerens ressourcer**

Her synliggøres de ressourcer, borgeren har – både personligt og i sine omgivelser – som kan være støttende ift. livskvalitet, funktionsniveau og til at forbedre tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse. Eksempelvis motivation, god compliance, aktuel arbejdsmarkedstilknytning, netværk/ pårørende, personlige kompetencer, mestringsstrategier m.v.

**6. Igangværende indsatser i Psykiatrien, Jobcenter og Socialpsykiatrien**

Beskriv indsatser og hvordan disse kan understøtte tilknytning til arbejdsmarked.

**9. Den fælles plan – det koordinerede forløb på tværs af sektorerne**

**Mål:**

Beskriv det fælles og overordnede mål for det koordinerede forløb. Målet afspejler forventninger omkring den fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

**Delmål:**

Beskriv her:

Delmål i prioriteret rækkefølge.

Prioritering af indsatser - eventuelt behov for parallel indsatser.

Ansvarlig fagperson ift. indsats og delmål.

Forventninger til borgeren ift. at nå delmål.

**10. Næste møde**

Dato, sted og forventede deltagere

## Bilag 5. Oversigtsskema indsatser

### Målgruppen og indsatser

Primærsektor	Regionen	Kommuner		
Praksissektor	Regional sygehuspsykiatri	Sundhedsområde	Socialområdet	Arbejdsmarkeds- & uddannelsesområdet
<p>Varetager almen medicinsk behandling.</p> <p>Varetager den vedligeholdende og opfølgende psykofarmakologiske behandling som aftalt (jf. epikrise, Lægehåndbog og sparring med speciallæge i Psykiatrien) efter udskrivning fra Psykiatrien.</p> <p>Screening for og behandling af komorbiditet.</p> <p>Samarbejder med den regionale psykiatri om behandling af komorbiditet, <i>når borger er i ambulans forløb i Psykiatrien.</i></p> <p>Screening ift. selvmordsrisiko</p> <p>Kontrol af behandlingskomplians:</p> <p>Regelmæssig måling serumværdier, hvis anbefalet ifm. udskrivning. Kan agere proaktivt ved udeblivelse fra aftalte kontakter.</p> <p>Støttesamtaler.</p> <p>Identifikation, aktivering og inddragelse af pårørende/netværk.</p>	<p>Behandlingsansvarlig for borgere med aktuell kontakt til Psykiatrien.</p> <p><i>Borgere i ambulans forløb:</i></p> <p>Ambulant behandling jvf. Pakkeforløb.</p> <p>Initiere og varetage den psyko-farmakologiske behandling.</p> <p>Komorbiditet:</p> <p>Ansvarlig for den samlede farmakologiske behandling - samarbejder med almen praksis og somatisk sygehus ift. den samlede medicinske behandlingsplan.</p> <p>Udarbejde behandlingsplan.</p> <p>Identifikation, aktivering og inddragelse af pårørende/netværk.</p> <p>Identificere behov for relevante kommunale tilbud – (sundheds- og sociale indsatser)</p> <p>Understøtte og motivere tilknytning til arbejdsmarked / uddannelse (opmærksomhed ift.</p>	<p>Som udgangspunkt har målgruppen behov for både sociale ydelser og arbejdsmarkeds-/uddannelsesrettede indsatser.</p> <p>Omfang og intensitet i socialfaglig støtte karakteriseres som moderat til massiv.</p> <p>Ydelser og omfang af støtte tildeles på baggrund af en individuel, konkret vurdering af behov baseret på VUM (voksen udredningsmetode), socialfaglig vurdering eller rehabiliteringsplanens forberedende del.</p> <p>Behov for fleksibilitet i den sociale støtte – ift. intensitet og visitering – i relation til episodiske tilstande/forløb.</p> <p>Arbejdsmarkeds/uddannelsesindsatser defineres på basis af tilhørsforhold til ydelsesgruppe og den hertil knyttede tilbudsvifte.</p>		
		<p>Hjemmesygepleje.</p> <p>Sundhedsfremme / forebyggelsestilbud.</p> <p>KRAM tilbud.</p> <p>Træning.</p>	<p>Bostøtte.</p> <p>Støtte-kontaktperson (SKP)</p> <p>Hjemmehjælp.</p> <p>Misbrugsbehandling.</p> <p>Akuttilbud/ akutbolig.</p> <p>Botilbud (varigt)</p>	<p>Mentorstøtte</p> <p>Udskrivningskoordinator ifm. indlæggelse.</p> <p>Koordinerende sagsbehandler.</p> <p>Aktivering (vejledning og opkvalificering).</p>

<p>Identificere behov for henvisning til relevante kommunale tilbud – (fx KRAM, psykoedukation og socialfaglig støtte).</p> <p>Understøtte og motivere tilknytning til arbejdsmarked / uddannelse (opmærksomhed ift. sygdomsmedl., mulighedserklæring).</p> <p>Evt. deltage i tværsektorielle, koordinerende møder (udskrivningskonferencer mv. i relation til overgange).</p>	<p>statusattest, epikrise, sygdomsmedl., mulighedserklæring).</p> <p>Ansvarlig for etablering af tværsektorielt samarbejdsfora mhp. koordinering af parallel indsatser og ifm. udskrivning/afslutning i Psykiatrien.</p> <p>Yde speciallæge sparring og rådgivning til almen praksis ifm. udskrivning og etablering af opfølgende behandling i praksissektor.</p> <p>Særlige grupper: Iht. bilaterale samarbejdsaftaler herfor.</p>		<p>Aktivitets- og samværstilbud.</p> <p>Frivilligtilbud</p> <p>Social skadestue</p> <p>Beskyttet beskæftigelse</p>	<p>Virksomhedspraktik.</p> <p>Løntilskudsjob.</p> <p>Jobafklaringsforløb.</p> <p>Hjælpe midler (erhvervsrettede).</p> <p>Revalidering.</p> <p>Fleksjob.</p> <p>Ressourceforløb.</p>
<p>Målgruppen tilbydes et udvidet tværsektorielt samarbejde, i regi af Patientens team, med det primære formål, at borgerens kan forbedre sin tilknytning til job eller uddannelse.</p>				

