

Samarbejdsmodel for udvidet koordineret samarbejde indenfor psykiatriområdet, Region Nordjylland

Godkendt april 2026



Den Tværsektorielle Grundaftale



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

KKR
NORDJYLLAND



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Patientens team i praksis	3
2.1 Etablering af teamet	3
2.2 Samtykke	3
2.3 Sammensætning af Patientens team.....	4
2.4 Teamets overordnede opgave.....	4
2.5 Opgaver inden møder i Patientens team	4
2.6 Rammen for mødets afholdelse.....	4
2.7 Udarbejdelse af en fælles plan	5
2.8 Registrering - dokumentation.....	6
2.9 Virtuelle møder	6
3. Samarbejde ifm. udskrivning/afslutning	6
3.1 Udskrivningskonference	6
3.2 Udskrivningskonference ift. omsorgsområdet	6
3.3 Information vedr. færdigbehandlede patienter	7
3.3 Uplanlagt udskrivning	7
3.4 Udskrivningsmentor.....	7
4. Afslutning af Patientens team	8
5. Opfølgning.....	8
Bilag 1: Action-card: Samarbejdsmodel.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Bilag 2: Skabelon for dagsorden til møder i Patientens team.....	10
Bilag 3: Drejebog for afholdelse af møder i Patientens team	11
Bilag 4: Udskrivningsaftaler og Koordinationsplaner.....	15

1. Indledning

Indenfor psykiatriområdet er der patientforløb, med mange aktører og behov for løbende at kommunikere mhp. at koordinere indsatser på tværs af sektorer.

Behandlingspsykiatrien og områder i kommunerne har ikke mulighed for at kommunikere via Medcom, som beskrevet i [Samarbejdsaftale om Tværsektorielt Samarbejde](#). Her anvendes i stedet oftest Sikker mail og telefonisk kontakt. Det drejer sig om tilbud indenfor det sociale område (bostøtte, socialpædagogiske indsatser, rehabiliteringstilbud, herberg/hjemløse tilbud), beskæftigelsesområdet (arbejdsmarkedsrettede indsatser herunder IPS), rusmiddelområdet samt familieafdelinger.

Formålet med denne samarbejdsmodel er at tydeliggøre, hvornår der i patientforløb indenfor psykiatriområdet er behov for udvidet koordineret samarbejde, og hvordan der konkret kommunikeres og samarbejdes i regi af Patientens team, som udgør den organisatoriske ramme for det tværsektorielle samarbejde. For en opsummering af samarbejdsmodellen henvises til bilag 1.

Indlagte børn og unge er også omfattet af [Samarbejdsaftale om Tværsektorielt Samarbejde](#). Denne samarbejdsmodel vedrører voksne over 18 år. Det tværsektorielle samarbejde ift. børn, unge og deres familier samt overgangen fra barn/ung til voksen er beskrevet i [Samarbejdsaftale om børn og unge med sindslidelse](#).

2. Patientens team i praksis

Målgruppen for udvidet koordineret samarbejde mellem relevante aktører er patienter, der har behov for kommunal indsats efter udskrivelse (som beskrevet i afsnit 1) eller har behov for ændring af eksisterende kommunal indsats. Ved opstart af IPS-forløb (Individuel Planlagt job med Støtte) etableres altid et udvidet koordineret samarbejde (jf. samarbejdsmodellen).

2.1 Etablering af teamet

Begge sektorer har ret til at initiere et udvidet koordineret samarbejde. Når en af parterne/sektorerne vurderer, at der er behov for at mødes og drøfte den videre indsats, kan denne part aktivere Patientens team-samarbejdet.

Det er socialrådgiveren på Aalborg Universitetshospital og den primære sagsbehandler i kommunen, der har ansvar for at initiere samarbejdet og etablere Patientens team. Dette sker i tæt samarbejde med borgeren og øvrige aktører.

Intensiteten i samarbejdet og indsatserne varierer og tilpasses den enkelte borger på baggrund af en individuel vurdering.

2.2 Samtykke

Møderne i Patientens team afholdes sammen med borgeren og i udgangspunktet med dennes samtykke.

Socialrådgiveren på Aalborg Universitetshospital og den kommunale sagsbehandler 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 og hver sektor sikrer dokumentation af samtykket.

Stafetholderen (jf. afsnit 2.6) sikrer ved mødestart, at der foreligger en opdateret samtykkeerklæring.

2.3 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. Deltagelsen besluttet fra gang til gang.

Det er personalet på Aalborg Universitetshospital/og eller den kommunale sagsbehandler, 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.

2.4 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.

2.5 Opgaver inden møder i Patientens team

De fagprofessionelle orienterer sig inden mødet om det aktuelle forløb. Det er vigtigt, at de fagprofessionelle foretager en forhåndssondring af organisationens muligheder for at justere de aktuelle indsatser.

Inden alle store møder i Patientens team koordinerer socialrådgiveren på Aalborg Universitetshospital og den/de kommunale sagsansvarlige indsatsen (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.

2.6 Rammen for mødets afholdelse

Aalborg Universitetshospital sikrer, at der udarbejdes en dagsorden til møderne, og borgeren samt øvrige aktører involveres i indholdet i dagsorden – jf. vedlagte bilag 2 Skabelon for dagsordener til møder i Patientens team. Drejebog for afholdelse af møder i Patientens team er vedlagt som bilag 3.

Rollefordeling

Ved mødets start aftales og italesættes rollefordelingen (mødeledelse, referent, stafetholder m.v.).

Aalborg Universitetshospital 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 deltageres forventninger til samarbejdet afstemmes.

Opsamling

Deltagerne sikrer, at der inden mødets afslutning er en mundtlig opsamling suppleret med en kort skriftlig opsamling 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.

Hvis andre end patienten selv fotograferer en tekst på tavlen, må der ikke fremgå personnummer eller andre personhenførbare oplysninger. Jf. afsnit 2.8 vedr. journalisering/dokumentation.

2.7 Udarbejdelse af en fælles plan

På mødet sikres det, at der sker en forventningsafstemning samt en gensidig orientering om aktuelle planer og indsatser vedr. borgeren således, at der kan skabes en rød tråd i indsatser vedr. borgeren, herunder også i forhold til medicin.

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

- Opdateret udskrivningsaftale/koordinationsplan, jf. bilag 4
- Koordinerende indsatsplan, når der ikke foreligger en udskrivningsaftale/koordinationsplan (jf. [Samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug](#))¹. Samarbejdsbeskrivelser vedr. borgere/patienter med dobbeltdiagnose (bl.a. overgangsbeskrivelser og samarbejde i koordinerede forløb) fremgår her: [Behandling af psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik \(dobbeltdiagnose\)](#)
- Visuel opsamling, som borgeren kan få med direkte fra mødet f.eks. via billede på mobiltelefon, jf. afsnit 2.6.

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.

Den skriftlige opsamling kan deles med relevante samarbejdspartnere via Sikker mail. En koordinerende indsatsplan kan deles via MedCom, hvis kommunen har mulighed for at modtage meddelelser fra MedCom.

¹ Samarbejdsaftalen er gældende, men mangler opdatering vedr. integreret dobbeltdiagnosebehandling herunder beskrivelse af snitflader ift. det tværsektorielle samarbejde.

2.8 Registrering - dokumentation

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

2.9 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.

3. Samarbejde ifm. udskrivning/afslutning

3.1 Udskrivningskonference

I særligt komplekse forløb er der behov for tæt dialog mellem Aalborg Universitetshospital, kommunen og øvrige relevante samarbejdspartnere (udvidet koordinering). Der afholdes udskrivningskonference, når der er behov for udvidet koordinering, herunder ifm. udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Udskrivningskonferencer afholdes sammen med patienten og med dennes samtykke og iht. samarbejdsmodellen (jf. bilag 1).

Hospitalet og kommunen skal sikre, at deltagerne på udskrivningskonferencen har viden og kompetence til at arbejde med udskrivningen. Udover patienten kan der afhængig af kompleksitet og problemstilling være deltagelse af pårørende, hospitalets læge, øvrigt personale fra sengeafsnittet, socialrådgiver, personale fra ambulatorium, praktiserende læge, myndighedsrådgivere, bostøtte eller botilbud, Danmarks Fængsler (tidl. Kriminalforsorgen) m.v.

Aalborg Universitetshospital indkalder til mødet så tidligt som muligt i indlæggelsesforløbet.

Udskrivningskonferencen gennemføres typisk følgende hverdag og senest 4 hverdage efter anmodning om afholdelse, og så hurtigt, at patientens ophold ikke forlænges unødigt. Dette gælder *ikke* for ambulante forløb, hvor netværksmøder som udgangspunkt afholdes senest 3 uger efter anmodning med mindre, der er behov for akut indsats.

Udskrivningskonferencer afholdes i udgangspunktet via videokonference/Teams. Hvis borgeren og/eller pårørende deltager fra eget hjem anvendes "Mine aftaler".

Udskrivning af børn og unge under 18 år sker iht. [Samarbejdsaftale om børn og unge med sindslidelse](#).

3.2 Udskrivningskonference ift. omsorgsområdet

Der afholdes også udskrivningskonferencer, når der er behov for særlig koordinering ift. det kommunale omsorgsområde. Aalborg Universitetshospital udarbejder en plejeforløbsplan ifm. indlæggelse, som hurtigst muligt sendes til kommunen. Det er nødvendigt med særlig koordinering ift. rekvirering af følgende:

- Plejeseng og/eller lift
- Specialhjælpemidler (f.eks. komfortkørestol eller hjælpemidler til bariatriske patienter)
- Plejeindsats på mindst to personer eller behov for flere timers ekstra hjælp i døgnet
- Småhjælpemidler, der ikke kan medsendes ved udskrivelsen
- Væsentlige boligændringer (f.eks. fjernelse af dørtrin og installation af ramper)

- Etablering af nødkald før udskrivelse
- Udskrivelse til akutplads, midlertidig plads eller rehabiliteringsophold (hvis borgeren ikke kan udskrives til hidtidig bolig)
- Værgemålssag (hvis borgeren ikke forventes at give informeret samtykke til flytning til anden bolig).

Ved afholdelse af udskrivningskonference mellem Aalborg Universitetshospital og det kommunale omsorgsområde varetager socialrådgiver på Aalborg Universitetshospital mødeledelsen. Når det er relevant, afholdes udskrivningskonferencen samlet for omsorgsområdet og øvrige områder, bl.a. ift. medicindispensering og praktisk hjælp (§83), jf. afsnit 3.1.

3.3 Information vedr. færdigbehandlede patienter

Aalborg Universitetshospital involverer patientens kommunale sagsbehandler samt Patientens team i processen frem mod færdigbehandlingserklæringen, jf. endvidere [Samarbejdsaftale om Tværsektorielt Samarbejde](#), bilag 4. Når patienten erklæres færdigbehandlet, foretager Aalborg Universitetshospital en registrering heraf med henblik på afregning.

Hospitalets socialrådgiver sikrer, at patientens kommunale sagsbehandler samt kontaktperson orienteres via sikker mail. Ved tvivl om hvem der skal kontaktes i kommunen, sker det i henhold til [Kontaktliste for kommunerne](#).

Samarbejde og information skal løbende ske via Patientens team således, at der arbejdes forebyggende. Målet er at undgå, at færdigbehandlede patienter er indlagt. Når det ikke er muligt at anvende MedCom foregår kontakten telefonisk eller via Sikker mail, jf. afsnit 1.

3.3 Uplanlagt udskrivning

Ved uplanlagt udskrivning, hvor en patient forlader sygehuset uden, at det er aftalt, eller hvor en patient forlader sygehuset mod sygehusets anbefaling, kontakter patientens sundhedsfaglige kontaktperson eller stafetholder i Patientens team den kommunale kontaktperson, eller relevante deltagere i Patientens team. Når det ikke er muligt at anvende MedCom foregår kontakten telefonisk eller via Sikker mail, jf. afsnit 1.

Ved tvivl om hvem, der skal kontaktes i kommunen, sker det i henhold til [Kontaktliste for kommunerne](#), hvis det vurderes nødvendigt af hensyn til patienten eller andre, i henhold til reglerne om videregivelse af patientoplysninger uden samtykke.

3.4 Udskrivningsmentor

Alle borgere, der er omfattet af målgrupperne i Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats § 2, er indlagt på grund af psykisk lidelse og har et beskæftigelsesrettet perspektiv, har ret (men ikke pligt) til en udskrivningsmentor, som er en mentor med særlige kompetencer i forhold til målgruppen i forbindelse med deres udskrivelse.

Af lovbemærkningerne fremgår, at *"mentoren skal fungere som en udskrivningskoordinator og hjælpe personen med at få overgangen tilbage til hverdagen og mod job eller uddannelse til at foregå så smidigt som muligt"*.

Mentorstøtten kan gives 3 måneder før udskrivningen og for en periode på mindst 6 måneder - jf. [LAB §167, stk. 2](#). Der er ingen nedre grænse for, hvor lang tid man skal have været indlagt for at blive omfattet af målgruppen. Hvis borgeren opfylder betingelserne herfor, skal Aalborg Universitetshospital kontakte borgerens kommune og informere om, at borgeren er indlagt og ønsker at gøre brug af sin ret til en udskrivningsmentor. Når det ikke er muligt at anvende MedCom foregår kontakten telefonisk eller via Sikker mail.

4. Afslutning af Patientens team

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

5. Opfølgning

Som led i revisionen af [Samarbejdsaftale om tværsektoriel kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse og i ambulante forløb](#) tages stilling til revision af denne samarbejdsmodel for udvidet koordineret samarbejde indenfor psykiatriområdet i Region Nordjylland. Hvis parterne bag aftalen bliver bekendte med forhold, som medfører væsentlige forandringer i aftalegrundlaget, tages stilling til eventuel ajourføring af aftalen.

Bilag 1: Action-card for samarbejds møde

Trin i indsatsen	Handling	Ansvarlig for indsatsen
Etablering af samarbejdet	<p>Identificer borgere, der har behov for et Patientens Team. Indhent samtykke fra borgeren.</p> <p>Kontakt tovholder, enten på Aalborg Universitetshospital eller i kommunen.</p> <p>Når det ikke er muligt at anvende MedCom, foregår kontakten telefonisk eller via Sikker mail.</p>	Socialrådgiver på Aalborg Universitetshospital og rådgiver i kommunen.
Forberedelse af mødet	Udarbejd dagsorden med borgerens ønsker. Afklar behov for deltagere og koordinering.	Aalborg Universitetshospital, borger og relevant afdeling i kommunen.
Afholdelse af møde i Patientens team	<p>Afholdelse af møde med borgeren og relevante aktører. Aftale om indsats og opgaver.</p> <p>Som udgangspunkt afholdes mødet via videokonference/Teams.</p> <p>Hvis borgeren og/eller pårørende deltager fra eget hjem anvendes "Mine aftaler".</p>	Socialrådgiver på Aalborg Universitetshospital er mødeleder. Aalborg Universitetshospital, borger og relevant afdeling i kommunen.
Udarbejdelse af fælles plan	<p>Opsamling på fælles plan og indsats. Noter gerne en fælles plan eks. via en koordineret indsatsplan, jf. afsnit 2,7, Udarbejdelse af en fælles plan. Fordel ansvar for opfølgning og opgaver. Lav aftaler om nye møder og kontakt.</p> <p>Aftal hvem der har ansvaret for at følge op eller reagere ved akutte problemstillinger.</p>	Alle deltagere/ stafetholdere fra Aalborg Universitetshospital og kommunen.
Opfølgning	Sikring af løbende kontakt og justering af indsatsen.	Stafetholdere på Aalborg Universitetshospital og kommunen.
Afslutning af forløb	Information til alle relevante aktører i Patientens team, når forløbet afsluttes på Aalborg Universitetshospital eller i kommunen.	Stafetholdere på Aalborg Universitetshospital og kommunen.

Bilag 2: Skabelon for dagsorden til møder i Patientens team

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

Borgerens 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/opsummering af den fælles skriftlige plan
Eksempelvis:
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 efter mødet af socialrådgiver på Aalborg Universitetshospital)
Udarbejdelse af en koordinerende indsatsplan (gøres efter mødet af socialrådgiver på Aalborg Universitetshospital)
7. Dato for næste møde og udpegning af stafetholder

Aalborg Universitetshospital indkalder patient/borger og eventuelle pårørende til mødet.

Af udskrivningsaftalen fremgår, hvad der er aftalt på mødet.

Med venlig hilsen

...

Bilag 3: Drejebog for afholdelse af møder i Patientens team

Møder i Patientens Team – Tværprofessionelt samarbejde med borgeren i centrum

Forberedelse af møde		<p>Socialrådgiver på Aalborg Universitetshospital og den kommunale sagsbehandler laver en forventningsafstemning før mødet sammen med borgeren.</p> <p>Udvælgelse af punkter eller temaer til drøftelse på mødet sammen med borgeren.</p> <p>Afklaring sammen med borgeren om, hvem der skal deltage i mødet. Socialrådgiver fremsender dagsorden til borgeren 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>Begynd planlægningen i god tid.</p> <p>Borgeren indkaldes som udgangspunkt via e-boks. Hvis borgeren er indlagt, gives direkte besked. Indkaldelse af pårørende sker via borgeren, hvis borgeren ønsker pårørendes tilstedeværelse eller telefonisk med borgerens samtykke.</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. Det oplyses, hvem der er mødeleder og besluttet, hvem der står for en kort skriftlig opsamling af mødet (f.eks. på tavle). Mødeleder opfordrer til, at der stilles spørgsmål til det, man ikke forstår eller er i tvivl om.</p>	<p>Socialrådgiver på Aalborg Universitetshospital er mødeleder og varetager denne opgave.</p>

Møder i Patientens Team – Tværprofessionelt samarbejde med borgeren i centrum

Formål med mødet		Koordinere og samarbejde på tværs, mhp. at sikre en rød tråd i samarbejdet med patienten. Der tages udgangspunkt i borgerens egne ønsker og mål. Mødet skal understøtte, at der laves en fælles plan og indsats på tværs.	Mødelederen står for denne proces.
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.	Holder vi planen, eller er mødet på vej ud af den forkerte kurs? Er borgeren stået af eller fortsat aktiv deltager ved mødet?

Møder i Patientens Team – Tværprofessionelt samarbejde med borgeren i centrum

		Hvis det er svært at holde fokus på mødet, gentages målet med mødet, samt hvad det er, vi skal opnå sammen ved mødet.	
Opsamling af mødet		<p>Afsluttende laver mødeleder en mundtlig opsamling med henblik på at sikre en fælles forståelse af aftaler og planer.</p> <p>Der skal fokus på at lave faste aftaler om, hvornår/hvordan teamet skal aktiveres mellem møderne.</p> <p>Der skal laves aftaler med borgeren om en handlingsplan, som forebygger forværring eller andre kriser, herunder hvem der gør hvad?</p> <p>Opsamlingen kan være skriftlig via en tavle eller i papirform.</p>	<p>Mødeleder skal sikre, at alle deltagere har den samme forståelse af mødets outcome.</p> <p>Mødeleder har et ansvar for, at alle bliver hørt i denne proces.</p>
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		Socialrådgiver på Aalborg Universitetshospital står for at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinerende indsatsplaner.	<p>Sikre en helhedstankegang.</p> <p>Målet er, at borgeren oplever en helhed i tilbud og indsats på tværs af</p>

Møder i Patientens Team – Tværprofessionelt samarbejde med borgeren i centrum

		Efter mødet fremsendes aftalen/planen til mødedeltagerne. De øvrige opsamlinger laves af den, der udpeget ved mødets start.	sektorer, og at den fælles plan.
--	--	---	----------------------------------

Bilag 4: Udskrivningsaftaler og Koordinationsplaner

1. Indledning

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er lovbundne redskaber, der skal sikre sammenhængende patientforløb samt stabil behandling og social støtte. Redskaberne er centrale elementer i det tværsektorielle samarbejde mellem hospitalspsykiatrien og kommunerne og skal bidrage til at forebygge forværring, reducere risikoen for behandlingsophør og styrke borgerens mulighed for et stabilt og meningsfuldt hverdagsliv.

Planerne udarbejdes også for patienter, som modtager tilbud efter [Serviceloven](#) afsnit V, men som ikke følges ambulant efter udskrivningen. De kan derfor også anvendes som et internt kommunalt redskab.

2. Lovgrundlag og målgruppe

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er reguleret i [Psykiatriloven](#) §§ 13 a–13 c.

Overlægen har ansvaret for, at der udarbejdes en udskrivningsaftale, når:

- Patienten modtager støtte efter Servicelovens afsnit V som følge af nedsat psykisk funktionsevne - eller
- Det vurderes, at patienten ikke selv vil opsøge nødvendig behandling eller socialstøtte efter udskrivning.

Hvis patienten ikke ønsker at medvirke til en udskrivningsaftale, skal der udarbejdes en koordinationsplan. Patienten inddrages altid så aktivt som muligt, men koordinationsplanen kan udarbejdes uden samtykke.

Udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen udarbejdes i tæt samarbejde mellem patienten, psykiatrisk afdeling, kommunen og øvrige relevante aktører. Når der er et aktivt regionalt behandlingsforløb, forankres samarbejdet i Patientens Team.

Da planerne er reguleret af Psykiatriloven, kan nødvendige oplysninger deles uden samtykke, når dette er påkrævet for udarbejdelse eller opfølgning. Dette udgør et særskilt retsgrundlag, der går forud for almindelige regler om samtykke. Planerne indberettes til Sundhedsstyrelsen – jf. regler for anvendelse af tvang.

Indsætserne i planen kan ikke gennemtvinges over for patienten.

Planerne udarbejdes kun for voksne patienter.

3. Formål med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Formålet med planerne er tredelt:

1. Sammenhæng i patientforløbet: At sikre en tydelig, koordineret og aftalt plan for behandling, opfølgning, sociale og øvrige indsatser samt ansvarlige aktører efter udskrivning.
2. Forebyggelse: At reducere risikoen for behandlingsophør kriminalitet, sygdomsforværring eller genindlæggelse gennem en klar fælles plan.
3. Tværsektoriel koordinering: At etablere et fælles grundlag for samarbejde, videntdeling og gensidig forpligtelse mellem psykiatri, kommune og øvrige aktører. Planerne skal være konkrete og handlingsanvisende og fungere som et aktivt arbejdsredskab i forløbet.

4. Anvendelse i det tværsektorielle samarbejde

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan understøtte patienten og det samlede samarbejde på tværs af sektorer gennem:

- Fælles vurdering og planlægning: En fælles forståelse af behov, mål og indsatser.
- Tydelig ansvarsfordeling: Klare aftaler om hvem der gør hvad, hvornår og hvordan – herunder opfølgning og kontaktveje.
- Effektiv informationsdeling: Mulighed for nødvendig videregivelse af oplysninger uden samtykke i henhold til psykiatriloven.
- Koordinerende kontaktperson: En tydelig tovholder for planen.
- Integration i eksisterende samarbejdsstrukturer: Planerne indgår i udskrivningskonferencer, netværksmøder og arbejdet i Patientens Team.

5. Indhold og tidsbegrænsning

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal som minimum omfatte:

- Beskrivelse af behandlingsmæssige, sociale og øvrige indsatser efter udskrivning.
- Tydelig angivelse af ansvarlige aktører.
- Plan for opfølgning, kontakt og revurdering samt konkrete handlinger ved risiko for forværring.
- En fastsat gyldighedsperiode.

Planen er tidsbegrænset og ophører ved den angivne slutdato. Den bortfalder ved genindlæggelse. Ved enhver ny indlæggelse skal der foretages en ny vurdering af behovet for udarbejdelse af en plan.