Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland og de nordjyske kommuner
Godkendt i tværsektoriel arbejdsgruppe i juni 2026

Samarbejde i koordinerede forløb (dobbeltdiagnose)

Principper for samarbejdet

Vi deler ambitionen om at ville tilbyde vores borgere/patienter den mest relevante behandling ud fra de rammer vi har

Vi lytter og interesser os for hinandens perspektiver

Vi tilstræber enighed og som minimum afstemmer vi før kommunikation til borger/patient ift. markante ændringer i forløbet såsom overgang

Vi samarbejder ud fra samtykke fra borger/patient

Hvornår koordineret behandling?

Borgere/patienter med dobbeltdiagnose-problematik, som vurderes at kunne følge eller profitere af behandling i et parallelt forløb (psykiatrisk behandling i Psykiatrien og rusmiddelbehandling i kommune)

Behandlingen bør koordineres på tværs af kommune og psykiatri.

Koordinationen på tværs bør i særlig høj grad prioriteres i komplekse behandlingsforløb og forløb omfattet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Hvordan samarbejder vi i et koordineret behandlingsforløb?

I alle parallelle forløb (hvor kommune og psykiatri hhv. varetager rusmiddelbehandling og psykiatrisk behandling) skal vi som minimum

Udveksle kontaktoplysninger på behandler(e) eller anden fagperson i Psykiatrien og relevant(e) medarbejder(e) i kommunen (eg. rusmiddelbehandler, bostøtte, mv.) for at sikre mulighed for løbende kontakt

Dele planer (mundtligt eller skriftligt), herunder behandlingsplan, kommunal behandlingsplan, evt. udskrivningsaftale eller koordinationsplan

Ved behov udvides samarbejdet til at være mere omfattende.

I koordinerede forløb samarbejdes med afsæt i en gensidigt aftalt tværsektoriel plan, som bør udarbejdes på baggrund af et netværksmøde*. Planen kan også udarbejdes på baggrund af en telefonisk eller virtuel koordinering og skal 1) tage afsæt i eksisterende lovgivning og retningslinjer, 2) involvere alle relevante parter (Patientens Team**), 3) indeholde tydelige aftaler om hvem gør hvad.
Behandlingen koordineres som minimum ved start og slut samt løbende ved behov.
Psykiatrien sender relevante plan(er) til egen læge ved udarbejdelse og ændringer.

Overgang til integreret behandling

Når der opleves en forværring (f.eks. manglende progression ift. et realistisk mål sat med borger/patient), som bringer borger/patient i potentiel målgruppe for integreret behandling kontakter den kommunale rusmiddelenhed psykiatrien (eller omvendt) mhp. en fælles drøftelse af forværring og behov for indsats. Dialogen følger principper og arbejdsgang i beskrivelse af overgang til integreret behandling***.

Andre tværsektorielle samarbejdsdokumenter

* Action-card for Patientens Team
** Samarbejdsmodel for Patientens Team
*** Beskrivelser af overgange til og fra integreret behandling

Understøttende aktiviteter

En række initiativer kan med fordel understøtte samarbejdet i koordinerede behandlingsforløb. Nedenstående er eksempler på anbefalinger, som kan omsættes efter konkret aftale i det lokale samarbejde mellem ambulatorium og kommunal rusmiddelbehandling:

På borger niveau

- Aftalte arbejdsgange for brobygning til behandling i den anden sektor
- Aftalt proces og skabelon til udarbejdelse af plan for koordineret dobbeltdiagnosebehandling, herunder klar definition af hvem der booker fx netværksmøder eller koordinerende indsatsplansmøder.

På organisatorisk niveau

- Organisatorisk prioritering af koordinationsopgaven, så brobygningen efterspørges og der sættes tid af til opgaven
- Systematisk opbygning af medarbejdere og lederes kendskab til hinanden og indsatser i den anden sektor. Det kan fx ske gennem indsatsoversigter, faste tværsektorielle møderækker, informationsoplæg og praktikker
- Systematisk tværsektorielt samarbejde mellem ledere. Det kan fx ske gennem fast mødekadence og løbende dialog om succeser og udfordringer i samarbejdet.