

# **Samarbejdsaftale**

**mellem psykiatriområdet, Aalborg Universitetshospital og Området for Socialpsykiatri, Specialektoren**



# Indhold

<b>Indledning</b> .....	2
<b>Del 1: Grundlaget for samarbejdet</b> .....	2
<b>1.1 Ramme for samarbejdet</b> .....	2
<b>1.2 Målgruppe</b> .....	3
<b>1.3 Vision</b> .....	3
<b>1.4 Mål</b> .....	3
<b>Del 2: Pejlemærker for samarbejdet</b> .....	4
<b>2.1 Fælles pejlemærker</b> .....	4
Pejlemærke 1: Borgeren i centrum.....	4
Pejlemærke 2: Ligeværdig samarbejde og kommunikation.....	4
Pejlemærke 3: Helhedsorienteret samarbejde.....	4
Pejlemærke 4: Tidlig indsats og forebyggelse.....	4
<b>Del 3: Udmøntning af samarbejdet</b> .....	5
<b>3.1 Fælles fokusområder</b> .....	5
Fokusområde 1: Roller, ansvar og gensidige forventninger.....	5
Fokusområde 2: Forebyggelse.....	5
Fokusområde 3: Overgange (ind- og udskrivninger).....	6
Fokusområde 4: Kommunikation og videndeling.....	6
<b>Opfølgning</b> .....	6

## Indledning

Denne samarbejdsaftale beskriver rammen for samarbejde og koordinering mellem psykiatriområdet, Aalborg Universitetshospital og Området for Socialpsykiatri, Specialektoren i Region Nordjylland.

Samarbejdsaftalen har til formål at skabe en fælles og forpligtende ramme for samarbejdet og understøtte, at parterne indenfor hver deres faglige, organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer leverer koordinerede og sammenhængende indsatser for borgerne.

Samarbejdsaftalen består af tre dele:

1. Beskrivelse af grundlaget for samarbejdet
2. Beskrivelse af samarbejdet via fælles pejlemærker
3. Beskrivelse af udmøntning af samarbejdet via konkrete fokusområder og en oversigt over kontaktmuligheder

Første del beskriver rammerne for samarbejdet. Anden del beskriver de fælles pejlemærker, som danner den overordnede retning og værdigrundlag for samarbejdet. Tredje del beskriver hvordan samarbejdet konkret udmøntes gennem fælles fokusområder, der tydeliggør parternes samarbejde og forventninger til hinanden i centrale faser af borgernes forløb.

Oversigten over kontaktmuligheder fungerer som en praktisk vejledning til, hvem der skal kontaktes i forskellige situationer og overgange i samarbejdet. Oversigten findes her: [Oversigt over kontaktmuligheder](#).

## Del 1: Grundlaget for samarbejdet

### 1.1 Ramme for samarbejdet

Jf. [Sundhedsaftalen](#) for Region Nordjylland skal forløbet for den enkelte borger ses i en helhed. Ingen nordjyske borgere skal opleve at falde mellem to stole ifm. sektorovergange eller opleve ikke at have adgang til information om eget forløb. Borgerne skal føle sig trygge og opleve et samlet sundhedsvæsen, som er karakteriseret ved et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde. Kvaliteten af indsatsen er i høj grad afhængig af samarbejde, dialog og koordinering mellem de involverede parter omkring den enkelte borger.

Det tværsektorielle samarbejde som finder sted mellem Psykiatriområdet på Aalborg Universitetshospital og Området for Socialpsykiatri, arbejder under forskellige organisatoriske, lovgivningsmæssige og faglige rammer, hvilket medfører, at parterne har forskellige opgaver, handlemuligheder og beslutningskompetencer.

Aalborg Universitetshospital arbejder indenfor sundhedsloven og psykiatriloven. Behandlingspsykiatriens opgave er at tilbyde specialiseret udredning, diagnostik, behandling, pleje, opfølgning og rehabilitering ift. patienter med moderate til svære psykiske lidelser. Målet er at forbedre patientens funktionsevne og livskvalitet.

De regionale botilbud arbejder indenfor serviceloven og sundhedsloven. Området for Socialpsykiatri har en tæt kontakt med borgerne i hverdagen, og arbejder med at yde omfattende hjælp og støtte til almindelige, daglige funktioner, samt basale pleje- og omsorgsopgaver og sundhedsydelse på grundlæggende niveau. Indsatserne har primært fokus på funktionsevne, mestring og trivsel i borgerens hverdag. Området for Socialpsykiatri har ofte et langvarigt kendskab til borgeren og kan tidligt observere ændringer i adfærd, funktion og behov.

I regi af Sundhedsaftalen er udarbejdet Patientens Team, som danner ramme for det tværsektorielle samarbejde (jf. [Den Tværsektorielle Grundaftale](#)).

## 1.2 Målgruppe

Parterne samarbejder om borgere med svære psykiske lidelser, der har ophold på et regionalt socialpsykiatrisk botilbud og samtidig er i et forløb i behandlingspsykiatrien. Udover den psykiske lidelse kan borgerne desuden have demens, et forbrug af rusmidler (dobbeltdiagnose), særlige sociale udfordringer eller lignende. Målgruppen er dermed kendetegnet ved at have komplekse sygdomsforløb og behov for specialiserede socialpsykiatriske indsatser.

## 1.3 Vision

Det er visionen at sikre, at borgerne indenfor målgruppen i videst muligt omfang bliver i stand til at mestre eget liv, og oplever sammenhængende indsatser og løsninger, der er tilpasset borgerens behov og ressourcer, jf. Sundhedsaftalen.

## 1.4 Mål

Det er målet at borgere indenfor målgruppen via fagligt funderede og organisatorisk koordinerede indsatser får en tidlig og rettidig indsats, og oplever et sammenhængende forløb før, under og efter den psykiatriske behandling.

Konkret skal borgerne opleve:

- Færre indlæggelser/genindlæggelser.
- Forebyggelse af forværring af den psykiske sygdom.
- Bedre kvalitet af indlæggelser, når de er nødvendige.
- Helhedsorienterede og stabile forløb.

Målene tager udgangspunkt i Sundhedsaftalen og Regeringens 10-årsplan for psykiatrimrådet.

## Del 2: Pejlemærker for samarbejdet

### 2.1 Fælles pejlemærker

Vi ønsker at indfri vores fælles mål og vision gennem fire pejlemærker for samarbejdet:

1. Borgeren i centrum
2. Ligeværdigt samarbejde og kommunikation
3. Helhedsorienteret samarbejde
4. Tidlig indsats og forebyggelse

#### Pejlemærke 1: Borgeren i centrum

Borgeren skal opleve tryghed, kontinuitet og kvalitet i forløbet både før, under og efter behandling. En borgerinddragende og koordineret indsats, kan bidrage til at forebygge uoverensstemmelser og reducere brugen af tvang indenfor psykiatriområdet. Indsatserne tager afsæt i borgerens perspektiv, håb, ønsker og ressourcer.

#### Pejlemærke 2: Ligeværdigt samarbejde og kommunikation

Samarbejdet bygger på gensidig respekt og anerkendelse af hinandens faglighed, roller og ansvar. Parterne betragter hinandens viden, faglige vurderinger og observationer som væsentlige bidrag til forståelsen af borgerens tilstand og behov.

#### Pejlemærke 3: Helhedsorienteret samarbejde

Samarbejdet er helhedsorienteret og tager afsæt i borgerens samlede livssituation og forløb. Der er særligt fokus på overgange ifm. indlæggelse og udskrivning. Det fælles ansvar i overgange er at sikre, at ind- og udskrivinger planlægges og gennemføres på en måde, der skaber sammenhæng, kontinuitet og tryghed for borgeren.

#### Pejlemærke 4: Tidlig indsats og forebyggelse

Det er et fælles ansvar at forebygge, identificere og handle så tidligt som muligt på tegn på forværring i borgerens tilstand mhp. at forebygge sygdomsforværring, indlæggelse og anvendelse af tvang.

## Del 3: Udmøntning af samarbejdet

### 3.1 Fælles fokusområder

#### Fokusområde 1: Roller, ansvar og gensidige forventninger

Parterne har forskellige opgaver, handlemuligheder og beslutningskompetencer. Samarbejdet mellem parterne forudsætter således forståelse og gensidig respekt for hinandens vilkår, herunder kendskab til begrænsninger og mulighedsrum.

Oversigt over kontaktmuligheder kan anvendes ved behov for koordinering, sparring, eller ved udfordringer i samarbejdet ift. borgere på regionale botilbud med kontakt til psykiatriske afdelinger. Oversigten tydeliggør desuden, hvilke aftaler, der eksisterer indenfor forskellige områder/dele af patientforløbet for borgere over 18 år samt link til aftalerne. Oversigten findes her: [Oversigt over kontaktmuligheder](#).

Begge parter forpligter sig til, at

- faglige observationer og bekymringer tages alvorligt og indgår i den samlede vurdering af borgerens situation.
- ansvar og opgaver i borgerens forløb er tydeligt placeret og kendt af alle involverede.
- udfordringer og uenigheder i samarbejdet håndteres først på laveste ledelsesniveau, fx ved drøftelse af konkrete cases. Ved behov inddrages øverste afdelings- eller tilbudsniveau.

#### Fokusområde 2: Forebyggelse

Det fælles ansvar for forebyggelse er at identificere og handle så tidligt som muligt på tegn på forværring i borgerens tilstand for at forebygge forværring, indlæggelser og brug af tvang. Via samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og de regionale botilbud i regi af botilbudsteamene er der fokus på behovet for tidlig indsats og forebyggelse ift. konkrete borgere.

Begge parter forpligter sig til, at

- dele og anvende faglige observationer og bekymringer rettidigt.
- reagere på henvendelser mhp. vurdering og eventuel handling.
- anvende både behandlingsfaglige samt observationer om ændring i funktions- evne og trivsel i hverdagen i den samlede vurdering.
- iværksætte eller justere indsatser i tide for at understøtte stabilitet og mestring.

### Fokusområde 3: Overgange (ind- og udskrivninger)

Det fælles ansvar i overgange er at sikre, at ind- og udskrivninger planlægges og gennemføres på en måde, der skaber sammenhæng, kontinuitet og tryghed for borgeren.

For at sikre, at ansvar og opgaver i borgerens forløb er tydeligt placeret og kendt af alle involverede, udarbejdes der - i et tæt samarbejde mellem patienten, psykiatrisk afdeling, botilbuddet og kommunen - en fælles aftale/plan for forløbet.

Begge parter forpligter sig til, at

- planlægge overgange og inddrage hinanden.
- sikre, at der foreligger konkrete, fyldestgørende og handlingsanvisende udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner, hvor der bl.a. indgår bekymringsfaktorer, viden om borgerens behov, funktionsevne og risici i forbindelse med overgange.
- følge op og justere indsatser ved behov.

### Fokusområde 4: Kommunikation og videndeling

Det fælles ansvar for kommunikation og videndeling er at sikre, at relevant viden om borgerens forløb deles rettidigt og systematisk, samt sikre en fælles forståelse på tværs af områderne.

Begge parter forpligter sig til, at


- kommunikerer tydeligt, rettidigt og fagligt begrundet om vurderinger, beslutninger og ændringer i borgerens forløb.
- sikre at kommunikationen understøtter sammenhæng, koordinering og fælles ansvar.
- arbejder hen imod et fælles sprog og en fælles forståelse af hinandens roller og ansvar.

### Opfølgning

Aftalen træder i kraft d. 1. juli 2026 og revideres én gang årligt eller tidligere ved behov.

Revision af aftalen sker i fællesskab mellem Kontorchef for Planlægningskontoret, AUH og Områdechef, Området for Socialpsykiatri, Specialektoren.

  
 Dorte Juul Hansen  
 Socialdirektør

  
 Lars Dahl Pedersen  
 Hospitalsdirektør

