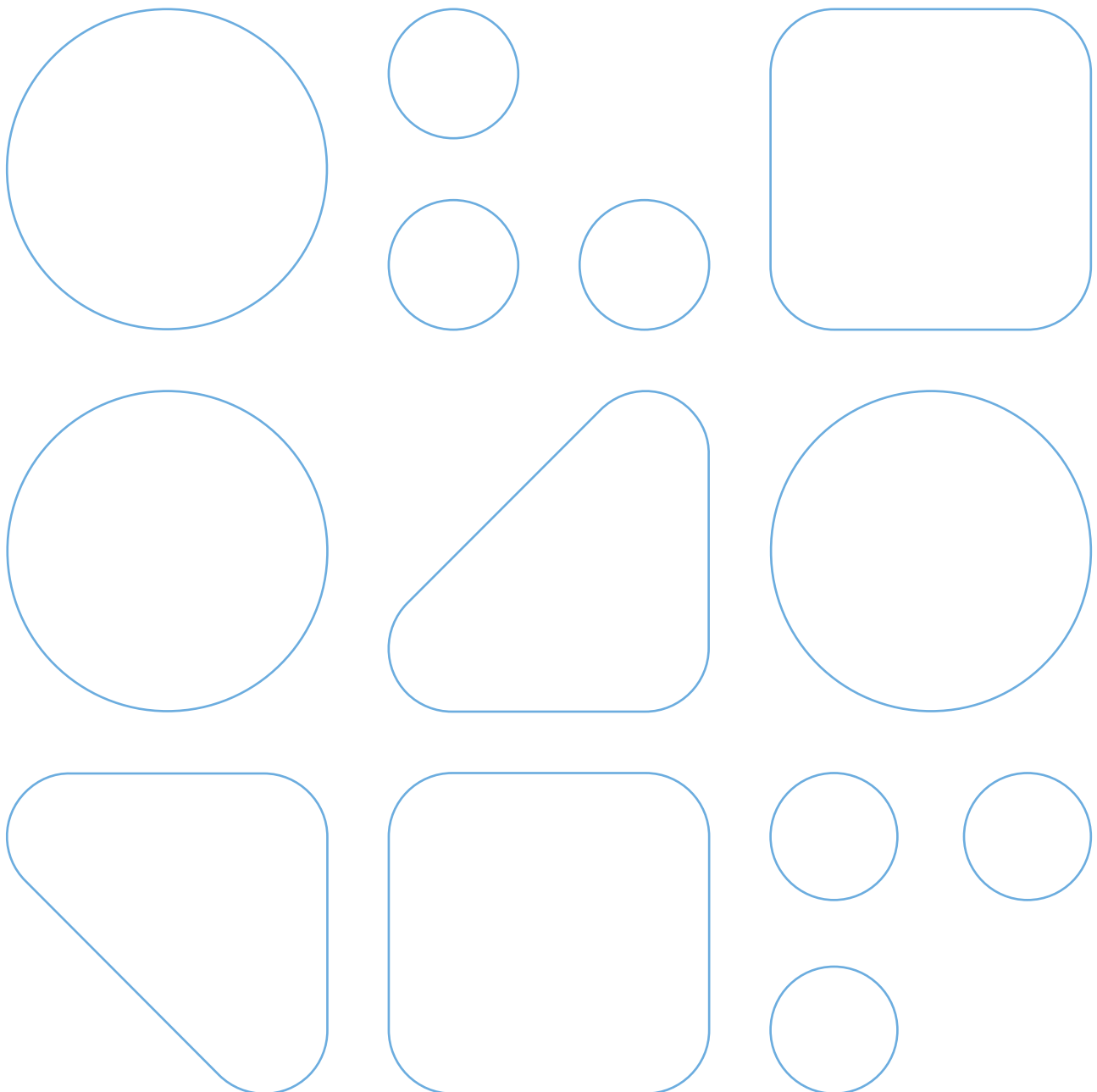


# Lokal samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF og bydelene Alna, Grorud og Stover i Oslo kommune

24.09.2024



Lokal samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF og bydelene Alna, Grorud og Stover i Oslo kommune

**Tittel:**

Lokal samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF og bydelene Alna, Grorud og Stover i Oslo kommune

**Behandlet og godkjent av:**

- Arbeidsgruppe, arbeidsutvalget og Helsefellesskapet for Ahus og bydelene (lokalt samarbeidsutvalg - LSU) - 5. juni 2024.  
Merknad: Ferdig utkast i arbeidsgruppen 3. mai. Arbeidsutvalget (AU) med orientering om plan for høring i helsefellesskapet 5. juni 2024
- Helsefellesskapet for Ahus og bydelene (LSU) – 11. september 2024.  
Merknad: Forslag til omformulering av kapittel 5.1.1 om transport.
- Arbeidsutvalget (AU) med orientering om plan for høring i helsefellesskapet – 24. september 2024.  
Merknad: Vedtak.

**Dokumentinformasjon:**

- Eier og revisjonsansvarlig: Helsefellesskapet for Ahus og bydelene (LSU).
- Gyldig fra: 24. september 2024.
- Revisjon: Årlig gjennomgang.

# Innhold

1. Avtaleparter, formål, virkeområde og generelle retningslinjer .....	3
1.1 Avtaleparter, formål og virkeområde .....	3
1.2 Generelle retningslinjer og prosedyrer .....	4
1.3 Koordinator i bydel og spesialisthelsetjeneste .....	5
2. Henvisning og innleggelse .....	6
2.1 Bydelen har følgende ansvar .....	6
2.2 Ahus har følgende ansvar .....	6
3. Under utredning og behandling .....	7
3.1 Ahus har følgende ansvar .....	7
3.2 Bydelen har følgende ansvar .....	8
3.3 Felles ansvar .....	8
4. Utskrivningsklar pasient .....	9
4.1 Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar .....	9
4.2 Ahus har følgende ansvar .....	10
4.3 Bydelen har følgende ansvar .....	12
5. Utskrivning .....	12
5.1 Ahus har følgende ansvar .....	12
5.2 Bydelen har følgende ansvar .....	13
6. Særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling .....	14
6.1 Ahus har følgende ansvar .....	14
6.2 Bydelen har følgende ansvar .....	14
7. Barn .....	14
7.1 Barn som pasient .....	14
7.2 Barn som pårørende .....	15
8. Betaling for utskrivningsklare pasienter .....	15
9. Håndtering av uenighet, tvist og avvik .....	16

# 1. Avtaleparter, formål, virkeområde og generelle retningslinjer

Retningslinje om helhetlige pasientforløp (heretter kalt «avtalen») er en del av et helhetlig avtaleverk, konkretiserer oppgave- og ansvarsdelingen i samhandlingen om pasientflyt mellom bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo kommune og helseforetaket i Helsefelleskapet Ahus og bydelene, og skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet.

## 1.1 Avtaleparter, formål og virkeområde

### 1.1.1 Avtaleparter

Avtalen er inngått mellom bydelene Alna, Grorud og Stovner (heretter omtalt som bydel og bydelene) i Oslo kommune og Akershus universitetssykehus HF (heretter omtalt som Ahus).

### 1.1.2 Hjemmel for avtalen

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, §§ 6-1 jf. 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e

### 1.1.3 Iverksettelse

Avtalen inngås med virkning fra 24. september 2024, og erstatter tidligere retningslinje om helhetlig pasientforløp fra 2013. Avtalen løper til den blir oppsagt av Ahus eller bydelene.

### 1.1.4 Evaluering og revisjon

Partene er enige om å gjennomgå avtalen hvert år med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser.

Hver av partene kan be om revisjon av avtalen med 3 måneders skriftlig varsel. Krav om revisjon medfører ikke at avtalen opphører dersom partene ikke blir enige om en reforhandlet avtale. Avtalen opphører kun dersom den sies opp av partene, jf. punkt 1.1.5.

### 1.1.5 Oppsigelse

Oppsigelse av avtalen krever ett års skriftlig varsel. Dersom ikke alle bydeler som er nevnt i punkt 1.1.1 sier opp avtalen samtidig fortsetter den å løpe for de gjenværende parter.

Om en av partene sier opp avtalen, skal Ahus sørge for at det regionale helseforetaket varsler Helsedirektoratet.

### 1.1.6 Formål og virkeområde

Avtalen gjelder oppfølging av alle pasienter i overgangen mellom Oslo kommune ved bydelene og Ahus, som har eller kan ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvor det er

behov for samordning mellom partene for å sikre et helhetlig, forutsigbart, forsvarlig og faglig godt tilbud på riktig nivå. Partene skal sørge for brukermedvirkning og samtykke.

### 1.1.7 Plikt til gjennomføring og forankring

Partene er likeverdige i samhandlingen og forplikter seg gjennom denne avtalen å opptre lojalt og løsningsorientert slik at forløp til pasient blir sammenhengende og helhetlige.

Partene forplikter seg til å samordne egne tjenester, under prinsippet «en dør inn» og fremstå enhetlig i samhandlingen med hverandre.

Partenes tjenestutførere skal ikke gi løfter om tjenester eller tilbud på vegne av hverandre.

Partene forplikter seg til å implementere avtalen i alle ledd i tjenesteytingen, og til å ha systemer for god forvaltning av avtalen.

Partene har ansvar for å ivareta forpliktelsene i gjeldende avtale uavhengig av hvilken aktør som skal yte tjenesten på vegne av partene.

Partene benytter fortrinnsvis elektronisk meldingsutveksling i dialogen, i tråd med bruk av [PLO-meldinger i pasientforløp \(ehelse.no\)](#). Dersom elektronisk meldingsutveksling ikke fungerer, skal telefon benyttes for å utveksle nødvendig informasjon. Dialogen skal alltid dokumenteres i journalsystem i henhold til dokumentasjonsplikten.

### 1.1.8 Gjensidig veiledningsplikt

Partene har gjensidig veiledningsplikt overfor hverandre, jf. [Helse- og omsorgstjenesteloven \(lovdata.no\)](#) og [Spesialisthelsetjenesteloven \(lovdata.no\)](#)

## 1.2 Generelle retningslinjer og prosedyrer

Retningslinjer og prosedyrer listet opp nedenfor anses som bindende for partene. Listen vil ikke være uttømmende dersom partene inngår andre særavtaler eller retningslinjer som omhandler pasientflyt.

### 1.2.1 Felles kontaktliste

Partene forplikter seg til å ha oppdatert [kontaktinformasjon \(kompetansebroen.no\)](#) for henvendelser om pasientsaker publisert på Kompetansebroen.

For bydelene skal det fremgå hvilke kontaktpunkt som gjelder for ulike pasientgrupper/tjenester, herunder kontaktpunkt utenom vanlig kontorarbeidstid, som kan benyttes ved tilbakeføring til samme omsorgsnivå i kommune som pasienten ble innlagt fra (for eksempel kontakttelefon på sykehjem og hjemmetjeneste).

## 1.2.2 Bruk av kommunalt følgepersonell under opphold i Ahus

*På dette området vurderer partene lovverket ulikt og det er på dette tidspunktet ikke oppnådd enighet om en avtalebasert løsning. Dette punktet skal derfor utformes når avtalerevisjonen på dette området er ferdigbehandlet i regi av Strategisk samarbeidsutvalg Oslo. Det vises til Strategisk samarbeidsutvalgs plan for revisjon av samarbeidsavtaler for Helsefelleskap Oslo. I påvente av at partene oppnår enighet om en avtalebasert løsning skal hvert pasientforløp løses i tråd med gjeldende rett.*

Bydelen skal gi Ahus informasjon om relevante omsorgspersoner, dersom pasienten er under 18 år. Dersom barnet er under omsorg av bydelen, skal det sikres at barnet har omsorgspersoner som ivaretar dem under innleggelsen

## 1.2.3 Samarbeid om hjemmeboende pasienter som får legemidler i multidose i regi av kommunen

Partene har inngått en som forplikter samarbeidet rundt hjemmeboende pasienter som får legemidler i multidose i regi av bydelen.

[Anbefalinger om samarbeid for multidose i hovedstadsområdet \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no).

## 1.2.4 Samarbeid mellom fastleger, andre kommunale leger og Ahus

God samhandling mellom leger er avgjørende for trygg pasientbehandling, og det er partenes intensjon å følge anbefaling om samarbeid mellom fastleger, andre kommunale leger og Ahus.

[Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger andre kommunale leger og Akershus universitetssykehus \(kompetansebroen.no\)](https://kompetansebroen.no)

## 1.3 Koordinator i bydel og spesialisthelsetjeneste

Partene er ansvarlig for ulike koordinatorfunksjoner. Partene vil inngå samarbeid i tråd med intensjonen i gjeldende lover og føringer.

### 1.3.1 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. [Nasjonal veileder \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).

### 1.3.2 Individuell plan og koordinator

Partene forplikter seg til å vurdere om det er behov for individuelle plan og koordinering, samt starte samarbeid der det er aktuelt. [Veileder: kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for individuell plan og koordinator \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).

### 1.3.3 Barnekoordinator

Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator.

[Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier – barnekoordinator \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

### 1.3.4 Pakkeforløp

Partene forplikter seg til å samarbeide om pakkeforløpene:

- [Prioriteringsveileder kapittel 11 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

### 1.3.5 Forløpskoordinator pakkeforløp

[Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten og kommunen \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no).

## 2. Henvisning og innleggelse

### 2.1 Bydelen har følgende ansvar

- Henviser skal sende skriftlig henvisning i henhold til gjeldende nasjonal faglig veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis elektronisk. Nødvendig informasjon ettersendes så snart som mulig. [Henvisningsveileder \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- Bydelen skal legge til rette for at henviser kan vurdere andre muligheter enn innleggelse før pasienten henvises til Ahus for vurdering.
- Ved øyeblikkelig innleggelse skal henviser konferere muntlig og utveksle nødvendig informasjon.
- Konferering benyttes også ved andre innleggelser. Det er spesielt viktig med god samhandling mellom bydelene og Ahus når det vurderes innleggelse av pasienter boende i sykehjem. Det er hensiktsmessig at henviser benytter seg av konferansemuligheten for disse pasientene.
- Veiviseren er førende for henvisning og innleggelse av pasienter både for øyeblikkelig hjelp og elektive tilstander. [Veiviser for helsepersonell \(ahus.no\)](https://ahus.no)

### 2.2 Ahus har følgende ansvar

- Sikre tilgjengelighet for konferering ved øyeblikkelig innleggelse.
- Sørge for at telefonliste til alle vaktlagene på Ahus er oppdatert og videreformidlet til alle henvisere.
- Være tilgjengelige for beslutningsstøtte og rådgivning ved elektive innleggelser.

## 3. Under utredning og behandling

### 3.1 Ahus har følgende ansvar

#### 3.1.1 Varsel til bydel

Dersom pasienten har kommunale helse- og omsorgstjenester forut for innleggelse skal Ahus sende *PLO - Melding om innlagt pasient* innen 24 timer. Videre skal det innen 24 timer sendes helseopplysningen som skal angi pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. Forventes det at pasienten vil stå uten egnet bolig etter utskrivning skal varselet opplyses om dette.

Dersom pasienten ikke har kommunale helse- og omsorgstjenester forut for innleggelse og det vurderes at pasienten vil kunne ha et behov for oppfølging i bydelen etter behandling ved Ahus, skal det sendes *PLO - Helseopplysning* innen 24 timer. Opplysningene sendes til den bydel pasienten oppgir å oppholde seg etter utskrivning. Helseopplysningen skal angi pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

Dersom det på bakgrunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene etter andre ledd innen 24 timer etter innleggelsen, skal vurderingene foretas og bydel varsles så snart det lar seg gjøre.

Ahus skal vurdere om eget personell har behov for veiledning og opplæring fra bydelen og opplyse om det.

#### 3.1.2 Samarbeid om gode og trygge pasientforløp

Fortløpende dialog

For pasienter med særlig omfattende problemstillinger skal planleggingen av utskrivningen starte så tidlig som mulig.

For pasienter som er innlagt på sykehus og hvor det kreves særskilte tiltak for å få pasienten tilbake til lokalmiljøet, kan det være nødvendig å etablere tilpassede løsninger i samarbeid mellom Ahus og bydel. Nødvendige avklaringer avtales skriftlig i det enkelte tilfellet.

Dette gjør seg alltid gjeldende i forløp der det antas at pasienten vil skrives ut til tvang uten døgn. For pasienter som skrives ut fra dom og tvungent psykisk helsevern med døgn og til tvungent psykisk helsevern uten døgn skal egen samarbeidsavtale følges.

[Samarbeidsavtale mellom Akershus universitetssykehus HF og Oslo kommune, ved bydelene Alna, Grorud og Stovner, om pasientforløp for personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern døgn og overgangen til dom tvungent psykisk helsevern uten døgn \(ahus.no\)](#)



### Ved endringer skal aktuell informasjon snarest sendes bydelen:

- *PLO - Helseopplysning* - oppdatert skjema om «helseopplysninger» ved endringer, samt endring av forventet utskrivningstidspunkt
- *PLO - Forespørsel / Svar på forespørsel* – benyttes ved bytte av avdeling eller sykehus, det er behov for ny vurdering av behov for behandlings-/hjelpemidler, andre endringer under oppholdet og ved dødsfall

### Behandlingshjelpemidler / hjelpemidler

Ahus har ansvar for å vurdere behov, søke og sørge for at behandlingshjelpemidler er tilgjengelig ved utskrivning. Nødvendig opplæring skal være avtalt og ved behov være gjennomført før utskrivning.

Ahus skal varsle bydelen om mulig behov for hjelpemidler så tidlig som mulig og før pasienten er utskrivningsklar.

## 3.2 Bydelen har følgende ansvar

Bydelen skal innlede samarbeidet så snart som mulig, og senest første virkedag etter mottatt *PLO - Melding om innlagt pasient*.

### 3.2.1 Varsel til sykehus

- Ved *PLO - Melding om innlagt pasient*, skal bydelen sende *PLO - Innleggelsesrapport* så tidlig som mulig og senest innen 24 timer, dersom pasienten har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester forut for innleggelse
- *PLO - Innleggelsesrapport* skal beskrive pasientens status og funksjonsnivå, kritisk informasjon, legemiddelopplysninger inkludert multidose og hvilke kommunale tjenester pasienten har hatt forut for innleggelse, samt opplysninger om nærmeste pårørende og verge
- Bydelen skal vurdere om det er behov for veiledning og opplæring fra sykehuset til eget personell og opplyse om dette

### 3.2.2 Samarbeid om gode og trygge pasientforløp

- Innhente nødvendig og utfyllende informasjon, og ved behov gjennomføre vurderingsbesøk.
- Ved varsel om at pasient vil stå uten egnet bolig etter utskrivning, skal det iverksettes internt samarbeid med NAV / boligkontor snarest.
- Ivareta god dialog underveis i forløpet.

### Tekniske hjelpemidler

Bydelen har ansvar for å vurdere behovet og sørge for at tekniske hjelpemidler er tilgjengelig ved utskrivning.

## 3.3 Felles ansvar

Samarbeidsmøte

Samarbeid om god utskrivningspraksis kan medføre behov for samarbeidsmøter. Dersom en av partene melder behov for samarbeidsmøte vedrørende pasient, plikter begge partene å stille på kort varsel. Det skal redegjøres for hvorfor det er ønskelig med møte, hva som ønskes drøftet og hvem man ønsker skal stille. Ahus skal legge til rette for at samarbeidsmøter skal kunne gjennomføres på sykehuset, alternativt på telefon eller digitalt.

#### Vurderingsbesøk

Vurderingsbesøk gjennomføres i de tilfeller hvor bydelen mener det er hensiktsmessig, hvor man vurderer pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov.

[Retningslinje for vurderingsbesøk \(ahus.no\)](#)

#### Pasient- og brukeropplæring

I henhold til [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](#) skal Ahus, i samarbeid med bydelen, vurdere behovet for informasjon, opplæring og veiledning av pasient, nærmeste pårørende og/eller helse- og omsorgspersonell etter utskrivning, samt iverksette tiltak i forhold til dette.

## 4. Utskrivningsklar pasient

Bydelene og Ahus plikter å samarbeide om nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. For å sikre gode og trygge pasientforløp, er det avgjørende at partene ivaretar egne forpliktelser som fremgår av avtalen.

Det er Ahus som avgjør om en pasient er utskrivningsklar og det er den aktuelle bydel som avgjør hvilke tjenester pasienten skal ha i bydelen.

Pasientens boligbehov skal meldes til bydelen så tidlig som mulig i forløpet. Dersom situasjonen endrer seg, skal dette meldes. Bydelen avgjør hvilket botilbud pasienten skal tilbys etter utskrivning. Se bydelenes ansvar punkt 3.2.2.

Der det er behov skal Ahus innkalle relevante samarbeidspartnere for å utarbeide en plan for videre behandling og oppfølging, og aktuelle kontaktpunkter skal være etablert.

### 4.1 Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

Vilkårene for når en pasient vurderes utskrivningsklar følger av [forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter §9 \(lovdata.no\)](#).

Lege eller psykolog i spesialisthelsetjenesten har ansvar for å vurdere at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjon.

Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og dokumentert i pasientjournalen:

- problemstillinger ved innleggelse skal være avklart
- problemstillinger som har kommet frem under oppholdet skal være avklart
- dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for
- diagnostisk vurdert og videre plan for oppfølging
- vurdering av funksjonsnivå bedringspotensiale og fremtidig hjelpebehov

Kriteriene for at en pasient er definert som utskrivningsklar gjelder også for inneliggende dagpasienter.

## 4.2 Ahus har følgende ansvar

### 4.2.1 Frist for varsling

*PLO - Melding om utskrivningsklar pasient* skal sendes når pasienten er utskrivningsklar jamfør [forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter \(lovdata.no\)](#)

For oppfølging i bydelen samme dag sendes melding senest kl. 14.30, mandag til fredag og virkedag før helligdag.

Utskrivningsklar lørdag/søndag/helligdag:

- Dersom pasienten allerede mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, og hjelpebehovet er tilnærmet uendret, skal melding sendes senest kl. 14.30 for oppfølging samme dag. For oppfølging samme dag skal aktuell tjeneste i tillegg kontaktes per telefon innen klokken 14.30 for konkret avtale om mottak i bydelen. Kommunikasjonen skal dokumenteres i fagsystemene
- Dersom pasienten har behov for nytt eller endret tjenestetilbud er ikke kommunen forpliktet til å gi tilbakemelding på meldingen fra Ahus eller ta imot pasienten før første virkedag. I disse tilfellene skal pasienten vederlagsfritt oppholde seg på sykehuset til mandag eller første virkedag<sup>1</sup>

Dersom Ahus utsetter utskrivningen skal bydelen varsles om dette ved at det sendes *PLO - Avmelding av utskrivningsklar pasient*. Det skal i tillegg sendes *PLO – forespørsel* med beskrivelse av årsak til avmelding.

Hvis det er behov for å fremskynde tidligere meldt utskrivningsdato, skal dette varsles senest kl. 14.30 dagen før selve utskrivningsdagen.

Ahus kan ikke skrive ut en utskrivningsklar pasient med behov for kommunale tjenester, før bydelen har bekreftet at de kan ta imot pasienten.

---

<sup>1</sup> I denne avtalen defineres virkedag som hverdager, mandag til fredag. Helgedager (lørdag og søndag), helligdager (1. nyttårsdag, skjærtorsdag, langfredag, 1. og 2. påskedag, Kristi himmelfartsdag, 1. og 2. pinsedag, 1. og 2. juledag) og høytidsdager (1. og 17. mai) regnes **ikke** som virkedager.

#### 4.2.2 Særskilte forhold ved utskrivning til tvang uten døgn

Pasienter som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, er underlagt spesialisthelsetjenestens ansvar, jmfør [forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(lovdata.no\)](#).

Før utskrivning fra tvungent psykisk helsevern døgnbehandling, er det behov for særskilt god samhandling med pasient, bydel, distriktpspsykiatrisk senter (DPS), fastlege og andre aktuelle parter.

Dersom det er avklart at pasient/bruker skal bo utenfor opptaksområdet til Ahus og/eller DPS, skal Ahus invitere ny faglig ansvarlig fra angjeldende DPS til samarbeidsmøte for å sikre at kriseplan/behandlingsplan er godt forankret hos alle instanser.

- Risikovurdering skal være gjennomført i samarbeid med bydel jmfør [Nasjonale faglige råd for alvorlig psykisk lidelse \(helsedirektoratet.no\)](#) og [Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord \(helsedirektoratet.no\)](#).
- Kriseplan utarbeides og oppdateres av Ahus i samarbeid med pasient, bydel og andre aktuelle parter. Voldintervensjonsplan kan utarbeides som en del av kriseplanen/behandlingsplanen og skal beskrive tiltak ved økt symptomtrykk og forverring av pasientens tilstand
- Behandling med legemidler: Dersom partene finner det hensiktsmessig, kan den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler etter avtale med faglig ansvarlig overlates til helsepersonell i kommunen, jmfør [§ 22 i Psykisk helsevern forskriften \(lovdata.no\)](#). Dette kan bare skje hvis pasienten ønsker det. Ansvar og forutsetninger bør i så fall nedfelles som en del av pasientens/brukerens individuelle plan. Dersom pasienten motsetter seg inntak av legemiddel skal faglig ansvarlig informeres, og spesialisthelsetjenesten har ansvar for iverksetting av videre tiltak
- Tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel tjenester med omfattende kontrolltiltak som fotfølging og/eller andre kontroll- og overvåkingstiltak, må være avsluttet før pasienten kan meldes som utskrivningsklar etter [forskriftens § 9 \(lovdata.no\)](#).

#### 4.2.3 Særskilt om pasientforløp for pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern

For pasienter som skal skrives ut fra tvungent psykisk helsevern med døgnopphold til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, forutsettes samarbeid med kommunen, påtalemyndighet, politi og Nasjonal koordineringsenhet. I slike pasientforløp skal følgende avtale følges:

[Samarbeidsavtale om pasientforløp for personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern døgn og overgangen til dom tvungent psykisk helsevern uten døgn \(ahus.no\)](#)

Til denne avtalen er det også laget en felles prosedyre for Ahus og bydelene: [Prosedyre for oppfølging av personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern døgn og overgangen til tvungent psykisk helsevern uten døgn \(ahus.no\)](#).

### 4.3 Bydelen har følgende ansvar

Bydelen skal etter å ha mottatt varsel om en utskrivningsklar pasient, straks gi beskjed om bydelen kan ta imot pasienten.

Dersom bydelen ikke kan ta imot pasienten, skal Ahus varsles med tentativ dato for når et kommunalt tilbud antas å være klart. Bydelen skal straks gi beskjed når et kommunalt tilbud er klart for pasienten.

## 5. Utskrivning

### 5.1 Ahus har følgende ansvar

#### 5.1.1 Transport

Ved utskrivning av pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester skal Ahus rekvirere nødvendig transport/pasientreise for pasientene og bidra så langt som mulig til at pasienter ankommer bestemmelsesstedet før klokken 18.00 (i helger før klokken 14.00). Dersom nødvendig transport/pasientreiser forsinkes, og mottak i bydelen ikke kan skje før klokken 20.00, utsettes reisen til tidligst klokken 08.00 påfølgende dag, uten ekstra kostnad for bydelen.

Unntaksvis kan sykehuset og mottaksapparatet i kommunen (hjemmetjeneste eller institusjon) bli enige om mottak senere enn klokken 20.00, men det må da være dialog og enighet om dette. Mottak skal uansett skje før klokken 22.00.

#### 5.1.2 Meldinger, utskrivning og dokumentasjon

Ved utskrivningstidspunkt skal Ahus sende *PLO - Utskrivningsrapport*, inneholdende:

- oppsummering av pasientens utredning, diagnose og behandling
- sykepleiesammenfatning
- praktiske opplysninger
- anbefalte videre tiltak ved behov for oppfølging
- godkjent medisinliste<sup>2</sup>

Dokumentene sendes også med pasienten i utreisekonvolutt.

*Godkjent epikrise* sendes innen 24 timer etter utskrivelse. Epikrisen sendes pasientens fastlege og henvisende lege, samt annet helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging videre. Det må avklares om pasienten har fastlege, og eventuelt hvem i bydelen som skal motta epikrise.

---

<sup>2</sup> Oppdatert liste over legemidler pasienten skrives ut med, som regel som del av en epikrise. Dokumentet skal signeres elektronisk, eventuelt med dato og signatur dersom epikrise kun er pregodkjent.

Når pasienten etter vurdering og/eller behandling i akuttmottak/akuttavdeling hjemsendes (ikke innlagt), skal det sendes med nye og endrede legemidler for 3 virkedager<sup>1</sup>. Det skal også gis nødvendig informasjon til rett kontaktpunkt i bydelen, herunder notat til henviser, pasientens fastlege. Notatet sendes også med pasienten.

### 5.1.3 Ahus sitt ansvar for å sikre god oppfølging videre

- Pasienten får som hovedregel ansvar for å bestille time hos fastlege etter sykehusopphold, men pasienter som trenger det, får hjelp på sykehuset til dette.
- E-resepter på nye og endrede legemidler ordinert ved Ahus.
- Samstemt legemiddelliste<sup>3</sup>, med angivelse av hva som er nytt, endret, kur og hva som er seponert, samt sørge for oppdatert reseptformidler.
- For pasienter med multidose, ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet, benyttes følgende: [Anbefalinger om samarbeid for multidose i hovedstadsområdet \(oslo-universitetssykehus.no\)](http://Anbefalinger%20om%20samarbeid%20for%20multidose%20i%20hovedstadsområdet%20(oslo-universitetssykehus.no).).
- Sende med pasienten nye og endrede legemidler for 3 virkedager<sup>1</sup> etter utskrivning vederlagsfritt, og gi informasjon til bydel om dette.
- Prøvesvar og utredningsresultater som krever oppfølging og som er ferdige først etter utskrivning skal meddeles pasienten skriftlig, med kopi til henviser. Pasienten skal også orienteres muntlig der hensynet til omsorgsfull hjelp gjør det nødvendig.
- Ved poliklinisk oppfølging på Ahus skal vurdering fra behandler sendes henviser, aktuell tjeneste i bydelen og pasientens fastlege.
- Informasjon om timeavtaler skal inngå i epikrise/annen helsefaglig dokumentasjon.
- Dersom sykehuset finner indikasjon for videre undersøkelser skal sykehuset sørge for henvisning.
- Nødvendig sykemelding skrives ut med antatt friskmeldingsdato ved kortvarige sykemeldingsbehov. Lengre sykefravær håndteres som hovedregel av pasientens fastlege som skal ha informasjon om utstedt sykemelding i epikrise.
- Informasjon fra annen helseinstitusjon som Ahus har henvist til som ledd i behandlingen, skal sendes henviser, aktuell tjeneste i kommunen og pasientens fastlege.

### 5.1.4 Pasienter i terminalfase

Partene skal i størst mulig grad unngå krevende overføringer av pasienter i terminalfase.

## 5.2 Bydelen har følgende ansvar

- Motta pasienten og gi nødvendige helse- og omsorgstjenester som oppfølging etter sykehusopphold.
- Dersom inneliggende pasient med behov for nødvendig helsehjelp ikke har fastlege, må mottak i bydelen sørge for at videre oppfølgingsansvar for pasienten ivaretas av legetjeneste i bydelen.

---

<sup>3</sup> Kartlegging av hva pasienten faktisk bruker av legemidler, samt gjennomgang av hvilke legemidler pasienten skal skrives ut med.

## 6. Særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling

### 6.1 Ahus har følgende ansvar

Ved poliklinisk behandling, dagbehandling og ambulant behandling, der utredning og behandling medfører behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, skal eksisterende elektroniske melderutiner benyttes.

[Retningslinje for bruk av elektronisk kommunikasjon \(dialogmeldinger\) utenom innleggelser \(ahus.no\)](http://ahus.no).

Dersom pasienten har opphold på sykehuset under 24 timer eller inn- og utskrivning i helg, skal det i tillegg benyttes telefonkontakt for formidling av tidspunkt for utskrivning og oppfølgingsbehov. Utskrivingen tilstrebes gjennomført på dagtid og avtales i dialog med bydel.

### 6.2 Bydelen har følgende ansvar

Ta imot elektroniske meldinger eller telefon og sørge for videre oppfølging i bydelen.

## 7. Barn

Samarbeidet mellom Ahus og bydelene skal bidra til at barn som både pasienter og pårørende/etterlatte får tilstrekkelig informasjon og nødvendig oppfølging. Barn skal gis informasjon og medvirkningsmuligheter sett i forhold til sin alder og modenhet.

Barn er helserettlig myndig når de er 16 år. Foreldreansvar gjelder til barnet er fylt 18 år.

### 7.1 Barn som pasient

#### 7.1.1 Ahus har ansvar for

- Ahus plikter å melde fra til bydelen om barn som blir innlagt og som har krav på skoleundervisning. Ahus har ansvar for å tilby henholdsvis grunnskoleopplæring, videregående opplæring og spesialundervisning i forbindelse med sykehusinnleggelse.

#### 7.1.2 Bydelen har ansvar for

- Gi Ahus informasjon om relevante omsorgspersoner, dersom pasienten er under 18 år.
- Dersom barnet er under omsorg av bydelen, sikre at barnet har omsorgspersoner som ivaretar dem under innleggelsen.

## 7.2 Barn som pårørende

Helsepersonell har en plikt etter [helsepersonelloven § 10a og 10b \(lovdata.no\)](#) til å sørge for at barn får informasjon og nødvendig oppfølging som pårørende eller etterlatte. Barn anses som pårørende når en pasient har omsorg for mindreårige barn eller er søsken til mindreårige barn.

[Pårørendeveileder fra Helsedirektoratet; informasjon og støtte til barn som pårørende \(helsdirektoratet\).](#)

### 7.2.1 Ahus har ansvar for

- Ved innleggelse kartlegge om pasienten har omsorg/og eller er søsken til barn under 18 år. Dersom pasienten har det, skal Ahus bidra til at barn som pårørende blir ivaretatt, eventuelt ved å ta kontakt med relevante instanser i bydelen. Elektronisk samhandlingsskjema sendes til bydelens saksbehandlingstjeneste om barn som pårørende, for å varsle om behov for oppfølging.
- Informasjonsoverføringen forutsetter at pasienten og den med foreldreansvaret har gitt samtykke til det.
- Hvis det finnes grunn til å tro at barnet blir eller risikerer å bli utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt plikter helsepersonell å melde fra til barnevernet, jf. punkt 7.2.3. Ahus sender bekymringsmelding enten elektronisk via KS-portal eller saksarkivsystemet P360 og/eller per post.
- De overnevnte punkter gjelder også når barn blir etterlatte etter mor, far, søster eller bror.

### 7.2.2 Bydelen har ansvar for

- Gi nødvendig kontaktinformasjon om relevante omsorgsperson(er) hvis pasienten har barn eller søsken som er under 18 år.
- Sikre at barn under 18 år har nødvendig tilsyn og omsorg når foreldre eller andre omsorgspersoner er alvorlig syke, skadet, psykisk syk eller rusavhengig.
- Videreformidle informasjonen til de som skal følge opp barnet, for eksempel helsesykepleier, skole, barnehage, fastlege, kreftsykepleier, psykisk helsetjeneste eller andre.
- Ha rutiner for mottak av elektronisk samhandlingsskjema for barn som pårørende.
- De overnevnte punkter gjelder også når barn blir etterlatte etter mor, far, søster eller bror.

### 4.2.3 Felles ansvar

Når helsepersonell er alvorlig bekymret for barns omsorg skal de i henhold til [helsepersonelloven § 33 \(lovdata.no\)](#) varsle barnevernet. Plikten bortfaller ikke ved at en gir den andre avtalepart beskjed.

## 8. Betaling for utskrivningsklare pasienter

Med hjemmel i [forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter \(lovdata.no\)](#), skal bydelen betale Ahus for utskrivningsklare pasienter som er innlagt på sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.



Dersom bydelen ikke tar imot pasienten den dagen denne er utskrivningsklar, kan Ahus fakturere bydelen dersom følgende kriterier er oppfylt:

1. Ahus har varslet bydelen om innleggelse, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt innen 24 timer etter innleggelse eller i løpet av 24 timer fra tidspunktet det ble klart pasienten har behov for tjenester fra bydelen.
2. Dokumentasjon som angitt i kap. 4 og 5 må være journalført og angitt i melding til bydelen.
3. Melding om utskrivningsklar pasient er gitt til bydelen i henhold til frister i kapittel 4 og 5.

Ved utsatt utskrivning, jamfør punkt 4.2.1, opphører betalingsplikt frem til ny melding om utskrivningsklar pasient foreligger, selv om bydelen har varslet om at den kan ta imot pasienten.

## 9. Håndtering av uenighet, tvist og avvik

Ved uenigheter og tvister er samarbeidsavtalen del 1 førende: [Samarbeidsavtale del 1 – generell \(ahus.no\)](#).

Avtalen kvalitetssikres i henhold til [retningslinje for kvalitetssikring av pasientforløpsavtalen \(ahus.no\)](#).

## Akershus universitetssykehus HF

Besøksadresse: Sykehusveien 25, Lørenskog  
Postadresse: Postboks 1000, 1478 Lørenskog  
Telefon: 67 96 00 00  
Epost: [postmottak@ahus.no](mailto:postmottak@ahus.no)

