

Retningslinje for samarbeid om helhetlige pasientforløp

Korttittel: Pasientforløpsretningslinjen

Behandlet og godkjent av	Dato	Merknad
Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg	02.06.23	
Administrativt samarbeidsutvalg	15.06.23	

Dokumentinformasjon	
Versjon	4.1
Eier og revisjonsansvarlig	Strategisk samarbeidsutvalg
Gyldig fra dato	15.06.23
Tid for gjennomgang/revisjon	2025

Endringslogg		
Behandlet og godkjent av	Dato	Endringer
Arbeidsutvalget	7.10.24	Pkt. 4.2.1 er endret ved å legge til « <i>For oppfølging samme dag skal aktuell tjeneste i tillegg kontaktes per telefon innen klokken 14.30 for konkret avtale om mottak i kommune. Kommunikasjonen skal dokumenteres i fagsystemene.</i> »

Innhold

1. Avtaleparter, formål, virkeområde og generelle retningslinjer	3
1.1. Avtaleparter, formål og virkeområde.....	3
1.2. Generelle retningslinjer og prosedyrer	5
1.3. Koordinator i kommuner og spesialisthelsetjeneste.....	6
2. Henvisning og innleggelse	6
2.1 Kommunen har følgende ansvar	6
2.2. Ahus har følgende ansvar	7
3. Under utredning og behandling	7
3.1. Ahus har følgende ansvar.....	7
3.2. Kommunen har følgende ansvar	8
3.3. Felles ansvar	9
4. Utskrivningsklar pasient	9
4.1. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar.....	10
4.2. Ahus har følgende ansvar	10
4.3 Kommunen har følgende ansvar	12
5. Utskrivning.....	12
5.1. Ahus har følgende ansvar	12
5.2. Kommunen har følgende ansvar	14
6. Særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling.....	14
6.1. Ahus har følgende ansvar	14
6.2. Kommunen har følgende ansvar	14
7. Barn	14
7.1. Barn som pasient.....	15
7.2. Barn som pårørende.....	15
8. Betaling for utskrivningsklare pasienter.....	16
9. Håndtering av uenighet, tvist og avvik	17

1. Avtaleparter, formål, virkeområde og generelle retningslinjer

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

1.1. Avtaleparter, formål og virkeområde

1.1.1. Avtaleparter

Samarbeidsavtalen er inngått mellom Aurskog-Høland, Eidskog, Eidsvoll, Enebakk, Frogn, Gjerdrum, Grue, Hurdal, Kongsvinger, Lillestrøm, Lørenskog, Nannestad, Nes, Nesodden, Nittedal, Nord-Odal, Nordre Follo, Rælingen, Sør-Odal, Ullensaker og Ås, (heretter kalt kommunene) og Akershus Universitetssykehus HF (heretter Ahus).

1.1.2. Hjemmel for avtalen

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

1.1.3. Iverksettelse

Samarbeidsavtalen inngås med virkning fra 15.06.2023, og erstatter tidligere samarbeidsavtale om helhetlig pasientforløp fra 11.06.2020. Avtalen løper til den blir oppsagt av Ahus eller kommunene.

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 kommuner 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 kommune 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, ansvarlig 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 tjenesteutførere 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](#). 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](#) og [Spesialisthelsetjenesteloven](#).

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](#) for henvendelser om pasientsaker publisert på Kompetansebroen.

For kommunene 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 (f.eks. kontakttelefon på sykehjem og hjemmetjeneste).

1.2.2. Bruk av kommunalt følgepersonell under opphold i Ahus

Ahus skal i samarbeid med kommunen vurdere om det er behov for særskilt tilrettelegging under sykehusoppholdet og om de har kompetanse til å ivareta tilretteleggingen selv eller om det er behov for kommunalt følgepersonell for å kunne ivareta pasient med spesielle oppfølgingsbehov ved innleggelse eller poliklinisk konsultasjon.

Dersom Ahus mener det er behov for kommunalt følgepersonell, må de melde fra til kommunen. Eventuelle dokumenterte merutgifter i form av ekstra lønnsutgifter og reisekostnader kommunen har til denne bistanden, dekkes av Ahus. Det utformes individuelle avtaler, eller avtaler på spesielle fagområder ved behov.

Partene forplikter seg til å følge [retningslinje for ledsager](#).

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

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

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.

1.3. Koordinator i kommuner 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, se [nasjonal veileder fra Helsedirektoratet](#).

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. [Se veileder fra Helsedirektoratet](#).

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](#).

1.3.4. Pakkeforløp

Partene forplikter seg til å samarbeide om pakkeforløpene. Se veiledere fra Helsedirektoratet [Prioriteringsveileder kap 11](#) og [Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft](#).

1.3.5. Forløpskoordinator pakkeforløp

Se informasjon om forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten og kommunen, [Helsedirektoratet](#).

2. Henvisning og innleggelse

2.1 Kommunen har følgende ansvar

Henviser skal sende skriftlig henvisning iht. gjeldende [nasjonal faglig veileder](#) for henvisninger til spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis elektronisk. Nødvendig informasjon ettersendes så snart som mulig.

Kommunen 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 kommunene og Ahus når det vurderes innleggelse av pasienter boende i sykehjem. Det er hensiktsmessig at henviser benytter seg av konferansemuligheten for disse pasientene.

[Veiviser for helsepersonell](#) er førende for henvisning og innleggelse av pasienter både for øyeblikkelig hjelp og elektive tilstander.

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 kommune

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 kommunen etter behandling ved Ahus, skal det sendes *PLO - Helseopplysning* innen 24 timer. Opplysningene sendes til den kommune pasienten oppgir som oppholdskommune. Helseopplysningen skal angi pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

Dersom det på bakgrunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene innen 24 timer, skal vurderingene foretas så snart det lar seg gjøre og kommunen varsles omgående og senest innen 24 timer etter vurdering.

Ahus skal vurdere om eget personell har behov for veiledning og opplæring fra kommunen 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 kommune. Nødvendige avklaringer avtales skriftlig i det enkelte tilfellet. Dette gjør seg alltid gjeldende der det antas at pasienten vil skrives ut til tvang uten døgn.

Ved endringer skal aktuell informasjon snarest sendes kommunen:

- *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 kommunen om mulig behov for hjelpemidler så tidlig som mulig.

3.2. Kommunen har følgende ansvar

Kommunen 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 kommunen sende *PLO - Innleggesrapport* så tidlig som mulig og senest innen 24 timer, dersom pasienten har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester forut for innleggelse
- *PLO - Innleggesrapport* skal beskrive pasientens status og funksjonsnivå, kritisk informasjon, legemiddelopplysninger inkludert multidoser og hvilke kommunale tjenester pasienten har hatt forut for innleggelse, samt opplysninger om nærmeste pårørende og verge

- Kommunen 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

Hjelpemidler

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

3.3. Felles ansvar

3.3.1. 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.

3.3.2. Pasient- og brukeropplæring

I henhold til [pasient- og brukerrettighetsloven](#) skal Ahus, i samarbeid med kommunen, 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

Kommunene 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 kommune som avgjør hvilke tjenester pasienten skal ha i kommunen.

Pasientens boligbehov skal meldes til kommunen så tidlig som mulig i forløpet. Dersom situasjonen endrer seg, skal dette meldes. Kommunen avgjør hvilket botilbud pasienten skal tilbys etter utskrivning.

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](#)

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 fremkommet 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 jf. [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#)

For oppfølging samme dag i kommunen sendes melding senest kl. 14.30, mandag til fredag eller virkedag før helgedag.

Utskrivningsklar lørdag/søndag/helgedag:

- 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 kommune. 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.

Dersom Ahus utsetter utskrivningen skal kommunen varsles om dette ved at det sendes *PLO - Avmelding av utskrivningsklar pasient*.

Hvis det er behov for å fremskynde tidligere meldt UK-dato, 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 kommunen har bekreftet at de kan ta imot pasienten.

4.2.2. Særskilte forhold ved utskrivning til tvang uten døgn

Pasienter som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, er underlagt spesialisthelsetjenestens ansvar, jf. [forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern](#).

Før utskrivning fra tvungent psykisk helsevern, er det behov for god samhandling med pasient, kommune, fastlege og andre aktuelle parter.

- Risikovurdering skal være gjennomført i samarbeid med kommunen. Jf. [Nasjonale faglige råd for alvorlig psykisk lidelse](#) og [Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#)
- Kriseplan utarbeides eller eventuelt oppdateres av Ahus i samarbeid med kommunen og andre aktuelle parter
- Plan for behandling utarbeides av Ahus i samarbeid med pasient, kommune, og andre aktuelle parter
- Ahus kan inngå avtale med kommunen for gjennomføring av tvangsbehandlingsvedtak. Vilkår følger av [§ 22](#) i forskriften

4.2.3. Særskilt om dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

For pasienter som skal skrives ut fra tvungent vern med døgnopphold til tvungent vern uten døgnopphold, forutsettes samarbeid med kommunen, påtalemyndighet, politi og Nasjonal koordineringsenhet.

I samarbeid skal det opprettes en samfunnsvernplan. Planen skal gi en detaljert oversikt over pasientens tilstand, risikofaktorer og hvem som har ansvar for hva. Når alle parter er enige, sendes planen til godkjenning hos Statsadvokaten. Pasienten kan først da betegnes som utskrivningsklar.

Se [Oppfølging av personer dømt til tvungent psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#)

4.3 Kommunen har følgende ansvar

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

Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal Ahus varsles med tentativ dato for når et kommunalt tilbud antas å være klart. Kommunen 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 kl. 18.00 (i helger før kl. 14.00).

Unntak fra dette kan gjøres om Ahus har avklart med den aktuelle kommunale tjenesten at de er klare til å ta imot pasienten på et annet tidspunkt. Det skal særlige grunner til for at kommunen skal kunne si nei til å motta pasienten.

Dersom utreise ikke kan skje før kl. 22.00 utsettes reisen til tidligst kl. 08.00 påfølgende dag, uten ekstra kostnad for kommunen.

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

I tillegg skal det følge *godkjent medisinaliste*.

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 kommunen som skal motta epikrise.

Når pasienten etter vurdering og/eller behandling i akuttmottak/akuttavdeling hjemsendes (ikke innlagt), skal det sendes med nødvendige/nye medisiner til og med

første virkedag. Det skal også gis nødvendig informasjon til rett kontaktpunkt i kommunen, 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 legemidler ordinert ved Ahus
- Samstemt legemiddelliste, med angivelse av hva som er nytt, endret, kur og hva som seponert, samt sørge for oppdatert reseptformidler
- For pasienter med multidose, ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet, benyttes retningslinje multidose
- Ved behov sende med pasienten nødvendige/nye legemidler frem til og med første virkedag etter utskrivning vederlagsfritt, og ved behov gi informasjon til kommune 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 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 sykmeldingsbehov. 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 og pasientens fastlege

5.1.4. Pasienter i terminalfase

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

5.2. Kommunen har følgende ansvar

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

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.

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

6.2. Kommunen har følgende ansvar

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

7. Barn

Samarbeidet mellom Ahus og kommunene 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 helserettslig 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 kommunen 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. Kommunen har ansvar for

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

7.2. Barn som pårørende

Helsepersonell har en plikt etter [helsepersonelloven § 10a og 10b](#) 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](#)

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 kommunen. Elektronisk samhandlings skjema sendes til kommunens 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. Kommunen 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

7.2.3. Felles ansvar

Når helsepersonell er alvorlig bekymret for barns omsorg skal de iht.

[helsepersonelloven § 33](#) 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](#), skal kommunen betale Ahus for utskrivningsklare pasienter som er innlagt på sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

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

1. Ahus har varslet kommunen 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 kommunen
2. Dokumentasjon som angitt i kap. 4 og 5 må være journalført og angitt i melding til kommunen
3. Melding om utskrivningsklar pasient er gitt til kommunen i henhold til frister i kap. 4 og 5

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

9. Håndtering av uenighet, tvist og avvik

Overordnet samarbeidsavtale er førende for håndtering av uenigheter og tvister.

Kvalitetssikring av denne avtalen gjøres i henhold til *Retningslinje for kvalitetssikring av pasientforløpsavtalen*.