

**Underavtale til tjenesteavtale 1 og 2
mellom
Oslo universitetssykehus HF
og
bydelene Sagene, Bjerke, Søndre Nordstrand,
Nordstrand, Nordre Aker og Østensjø, samt
sykehjemsetaten (SYE) og Velferdsetaten (VEL) i
Oslo kommune**

**Samhandling om pasienter med psykisk lidelse og/eller
avhengighetslidelse som har behov for tjenester både fra
bydel/etater og spesialisthelsetjenesten.**

Innholdsfortegnelse

1. Partene

2. Rettsgrunnlag

3. Formål med underavtalen

4. Målgruppe

5. Henvisninger og innleggelse

5.1 Henvisningsrutiner

5.2 Innleggelse i sykehus

5.3 Samhandling under sykehusoppholdet

5.4. Utskrivningsklar pasient

6. Koordinering av tjenester

6.1 Koordinerende enhet

6.2 Koordinator

6.3 Individuell plan

6.4 Kriseplan

6.5 Om pasient/ brukers rett til medvirkning

6.6. Barn som pårørende

6.7 Veiledning, kompetanseutveksling og hospitering

7. Samarbeid omkring enkeltpasienter med særskilte utfordringer

7.1 Bolig

7.2. Pasienter/ brukere med sammensatte problemstillinger

7.3 Tilbakeholdelse i sykehus uten eget samtykke

7.4 Pasienter med psykisk lidelse og samtidig utviklingshemming

8. Fastlegens rolle

9. Uenighet

10. Referanser

1. Partene

Avtalen er inngått mellom Oslo universitetssykehus HF og de 6 bydelene som er i sykehusets opptaksområde innen psykisk helse og avhengighet og Bydel Nordre Aker, Bydel Østsjø, Bydel Søndre Nordstrand, Bydel Nordstrand, Bydel Sagene og Bydel Bjerke, samt Sykehjemsetaten og Velferdsetaten i Oslo kommune

2. Rettsgrunnlag

Underavtalen er utarbeidet som et supplement til Samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF - Generell del, Tjenesteavtale 1 og 2. Disse avtalene gjelder fullt ut, og Underavtalen er utarbeidet for å presisere og utdype forhold knyttet til pasienter med psykiske lidelser og avhengighetslidelser. Videre er Underavtalen en utdyping av prosedyren "Samhandling- Pasient med behov for kommunale tjenester - utskrivningsklare pasienter" overfor aktuell målgruppe.

Underavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1, 6-2 nr. 2, 3, 5 og 6, og lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1 e annet ledd og 2-6 første ledd." Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer der det har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, pasienter og brukere i nødvendige lovbestemmelser.

3. Formål med underavtalen

- Å presisere og utdype samarbeidet beskrevet i prosedyren " Samhandling- Pasient med behov for kommunale tjenester – utskrivningsklare pasienter"- overfor målgruppen psykisk helse og avhengighet
- Bidra til å avklare ansvarsforhold ved overganger.
- Sikre gode retningslinjer og gode verktøy for samarbeid slik at det gis et forsvarlig tilbud og hvor brukermedvirkning er ivarettatt.
- Sikre at tjenestene er koordinerte, sammenhengende og helhetlige, Jf. Tjenesteavtale 1-Koordinerte tjenester

4. Målgruppen

Pasienter med psykisk lidelse, utviklingsforstyrrelse og/eller avhengighetslidelse og som på grunn av dette har behov for helse- og omsorgstjenester både fra bydel, sykehjem og andre institusjoner i VEL og spesialisthelsetjenesten. Barn og ungdom under 18 år omfattes av avtalen.

5.0 Henvisninger og innleggelse

5.1 Henvisningsrutiner:

Alle henvisninger sendes til sentralt henvisningsmottak ved OUS.

Adressen er **Oslo universitetssykehus HF, Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo**

Henvisninger til Klinikk psykisk helse og avhengighet bør som hovedregel stiles til distriktpsykiatrisk senter, ruspoliklinikk eller til barne-og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

For pasienter eldre enn 70 år s sendes henvisningen til alderspsykiatrisk poliklinikk. Disse fungerer som mottaksenheter.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har bydel ved sosialtjenesten, i tillegg til lege og psykolog, henvisningsmyndighet .For barn og ungdom under 18 år har barnevernsleder samme myndighet. Henvisninger til nasjonale og regionale seksjoner sendes fra annen spesialisthelsetjeneste direkte til seksjonene og til dag-og døgn tjenester innen barne-og ungdomspsykiatri.

Ved behov for øyeblikkelig hjelp henvises pasienten direkte til akutttilbudet ved DPS, akuttpsykiatrisk seksjon, Rusakuttmottaket eller til Ung intensivenhet, Ungdomsseksjonen. Ved behov for akuttvurderinger mellom kl 16.00 og 08.00, samt i helger og høytider, kontaktes Oslo kommunale legevakt

5.2 Innleggelse i sykehus

For sykehuset

Melding om innlagt pasient

Når pasienten registreres inn i sykehusets EPJ-system, sendes en PLO-melding om innlagt pasient. Dette er en logistikkmelding for pasienter som allerede mottar kommunale pleie og omsorgstjenester. Denne meldingen gir kommunen varsel om innleggelsen.

Dersom mottaker i primærhelsetjenesten er en annen kommune enn Oslo eller ikke har elektronisk tilgang, må det tas kontakt på faks og telefon som før innføring av DIPS.

Unntak: Dersom pasienten skal tilbake til bemannet bolig, sykehjem eller annen institusjon i VEL, og dette er avklart, gjelder ikke varslingsrutinene. Dialogen ivaretas pr. telefon med boligen direkte. Dette gjelder også for barn og ungdom under 18 år.

For bydel:

Sykehuset skal motta PLO-innleggelsesrapport fra bydel/kommune

5.3 Samhandling under sykehusoppholdet

Ved planlagte innleggelse skal det vurderes om det er behov for møte i forkant av innleggelsen hvor bruker eller dens representant, samt aktuelle parter er representert. Ved akutte innleggelse skal samarbeidsmøte avholdes så raskt som mulig i forløpet. Hensikten med møtet er å skape en felles forståelse og forpliktelse for de oppgaver som skal løses i samarbeid med pasient/bruker, pårørende og de involverte parter. Samarbeidsplan skal benyttes som et verktøy i møtet. Denne skal gjennomgås og underskrives av begge parter. Når aktuelle saksproblemer kommer opp, må dette følges opp innen gitt frist.

Sentrale punkter i samarbeidsplanen bør tas opp igjen på faste samarbeidsmøter. Aktuell avdeling/ seksjon/ enhet v /sykehuset innkaller til møtet og har hovedansvaret for å utarbeide dagsorden.

For pasienter med behov for sammensatte tjenester, skal det som hovedregel gjennomføres samarbeidsmøter. Dersom partene unnlater å komme, skal dette meldes tjenestevei.

For pasienter som skrives ut fra døgnavdeling på sykehus, bør DPS poliklinikk/BUP poliklinikk som hovedregel alltid involveres ved overføring til bydel/sykehjem.

Dersom pasienten er i behov av helse og omsorgstjenester, har bydelen veiledningsplikt overfor pasienten i søknadsprosessen, og skal sørge for at pasienten er informert om mulighet til å søke om disse tjenestene. Dersom pasienten er under 16 år, må pårørende involveres.

Sykehuset skal bidra til at søknaden er så godt opplyst som mulig, med medisinsk faglige opplysninger og funksjonsbeskrivelser av pasienten.

5.4 Utskrivingsklar pasient

En pasient er utskrivingsklar når lege eller psykolog vurderer at pasienten ikke lenger har behov for døgn eller dag behandling innen spesialisthelsetjenesten. Barn og unge under 18 år meldes ikke utskrivingsklar fra dag-og døgn tjenester i spesialisthelsetjenesten. BUPA har egen avtale med Barne-og familieetaten i Oslo kommune.

1. Problemstillingen(e) ved innleggelse slik disse var formulert av innleggende lege/ annen instans skal være avklart så langt det lar seg gjøre.
2. Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart.
3. Dersom enkelte spørsmål ikke kan avklares, skal dette redegjøres for.
- 4) Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose (r), og spesialisthelsetjenestens anbefaling om videre oppfølging av pasienten..
- 5) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra før innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert
- 6) En pasient kan ha behov for behandling, men er vurdert til ikke å nyttiggjøre seg av behandlingstilbudet.
- 7) Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal spesialisthelsetjenesten sørge for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.
- 8) Ved utskriving fra døgnopphold eller dagbehandling til poliklinikk skal pasienten som hovedregel få timeavtale før utskriving.

6.0 Koordinering av tjenester

6.1 Koordinerende enhet (KE)

Bydelen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabiliteringsvirksomhet Alle henvendelser fra spesialisthelsetjenesten skal gå til søknads/bestiller kontor, som har ansvar for å iverksette eller videreformidle behovet for individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator¹

Det administrative ansvaret for koordinerende enhet ved OUS er lagt til Stab samhandling og internasjonalt samarbeid.²

6. 2 Koordinator

Sykehus og bydel/sykehjem/velferdsetat plikter å tilby koordinator til pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Lovbestemmelsen om koordinator i spesialisthelsetjenesten erstatter bestemmelsen om pasientansvarlig lege som nå er opphevet. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og deres pårørende, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan ³

6.3 Individuell plan (IP)

IP er et frivillig tilbud, og er brukerens plan.

¹ Helse- og omsorgstj loven § 7-3

² Spesialisthelsetjenesteloven 2-5-b

³ spesialisthelsetjeneste loven § 2-5a, og helse og omsorgstj loven § 7-2

Dersom en pasient har rett til å få utarbeidet en individuell plan⁴ og har behov for tjenester fra helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, har kommunen/bydelen ansvar for at pasient/bruker får tilbud om individuell plan og for at arbeidet med planen igangsettes og koordineres. Sykehuset har ansvar for å varsle kommunen der det er et slikt behov, initiere og medvirke i kommunens arbeid med IP. Aktuell pasient/bruker skal kun ha én individuell plan. Denne skal inkludere både spesialist- og bydels-tiltak. IP opphever ikke behovet for behandlingsplaner.

6.4 Kriseplan

Brukere som opplever tilbakevendende kriser som krever rask og kompetent intervensjon, skal få utarbeidet en kriseplan. I BUPA heter dette krise- og mestringsplan. Kriseplanen bør presisere varselsymptomer, symptomer som tyder på en forverring av situasjonen. Dette gir grunnlag for å intervensjonere tidligere og sikrer at adekvate tiltak kan iverksettes. Kriseplan skal etableres i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og bydel/kommune/sykehjem. Pasient, pårørende, helse- og omsorgstjenesten, fastlege, DPS og BUP poliklinikk/døgn- og dagtjenester skal om mulig involveres i utarbeidelse av krise- og mestringsplan.

6.5 Om pasient/ brukers rett til medvirkning

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og til å medvirke ved valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestene har plikt til å involvere bruker/pasient i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal pasientens nærmeste pårørende eventuell verge medvirke sammen med pasienten⁵.

6.6 Barn som pårørende:

Det skal kartlegges om pasienten har barn. Hvis de har barn, skal tjenestene dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging barnet har som følge av forelders tilstand⁶. På samme måte må det kartlegges om pårørende til barn og ungdom under 18 år har behov for oppfølging enten i bydel eller i spesialisthelsetjeneste. Taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn eller barns pårørende med mindre pasienten motsetter seg dette. Dersom det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, skal helse- og omsorgspersonell uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barnevernstjeneste⁷.

6.7 Veiledning, kompetanseutveksling og hospitering

Behov for veiledning, kompetanseutveksling og hospitering skal drøftes i første samarbeidsmøte og deretter være fast punkt på alle samarbeidsmøter. Spesialisthelsetjenesten er pålagt veiledningsplikt overfor bydelene. Veiledningsplikten innebærer å gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at bydelene skal kunne oppfylle sine plikter etter lov og forskrift⁸. Veiledningsplikten overfor barnevernsinstitusjoner og fosterhjem er dekket i egen avtale.

⁴ Spesialisthelsetjenesteloven §2-5 og helse og omsorgstj loven § 7-1

⁵ Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1

⁶ Helsepersonelloven 10a

⁷ Helsepersonellsloven § 33

⁸ Spesialisthelsetjeneste loven § 6-3

Sykehuset må i samarbeid med bydel/sykehjem avklare behov for opplæring/veiledning og sammen bli enig om omfang og når og hvordan undervisning/veiledning best kan skje. Ved innføring av nye behandlingstilbud må det i hvert enkelt tilfelle avklares om det skal gjennomføres ny opplæring fra spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene bør uavhengig av nivå, definere seg som del av et felles tjenestenettverk⁹ og vektlegge smidige overganger. Ny henvisning og vurdering av rett til spesialisert helsehjelp bør ikke være nødvendig når begge nivåer er godt kjent med pasienten fra tidligere behandlingskontakt.

Hospiteringsordninger skal drøftes. Disse kan omfatte konsultasjonsdager, felles konsultasjoner og ulik kompetanseutveksling. Partene må forplikte seg til å inngå avtale og tilrettelegge for hospitering dersom det vurderes hensiktsmessig. Se samarbeidsplan.

7. Samarbeid omkring enkeltpasienter med særskilte utfordringer

I enkeltsaker med særskilte utfordringer skal det gjennomføres gradvis overføring til endret omsorgsnivå ved at klinikken bidrar med kompetanseoverføring, veiledning, hospitering, faglig rådgivning og utarbeidelse av kriseplan.

Klinikk og bydel/sykehjem/velferdsetat kan i særskilte enkeltsaker inngå faglig og økonomisk forpliktende samarbeid i en tidsavgrenset periode.

7.1 Bolig:

Bydel skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.^{10 11}

Pasientens boligsituasjon ved utskrivningstidspunkt skal avklares så tidlig som mulig i samhandlingen mellom bydel og sykehus. Partene plikter å påbegynne arbeidet med å fremskaffe bolig/ansette særskilt personale på det tidspunktet behovet foreligger.

. Uenighet i enkeltsaker skal raskt meldes tjenestevei med det formål å bli enige om en felles framdrift.

Der bydelen har behov for å foreta særskilte tiltak for å ivareta styringsretten knyttet til utleie/kontrakts – inngåelse av bolig, skal dette så langt mulig ikke hindre eller forsinke fremdriften i utskrivningen.

7.2 Pasienter/ bruker med sammensatte problemstillinger

Diagnosebilde hos disse pasientene kjennetegnes ofte ved en kombinasjon av rus, personlighetsforstyrrelse og psykose. Samarbeidsmøte og samhandlingsplan benyttes som verktøy for dialog. For å nå personer med alvorlige og langvarige problemer som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester, bør det tas i bruk oppsøkende team hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen og yter samtidige tjenester. Det skal tilstrebes en dialog med mål å løse opp fastlåste konflikter.

Det må avklares hvilke forventninger partene har til hverandre, samt om pasienten er samtykkekompetent.

Ved behov for kartlegging av voldsrisiko, bør kartleggingen foregå i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og bydelen. Pasient/bruker skal ha jevnlig oppfølging etter individuell vurdering.

⁹ Saman om mestring, side 101, Veileder Helsedirektoratet

¹⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7

¹¹ Lov om sosiale tjenester i NAV § 15

"Helsepersonell har som hovedregel taushetsplikt overfor politiet (helsepersonelloven § 21). I enkelte tilfeller vil imidlertid kravet til konfidensialitet komme i konflikt med hensynet til samfunnsvernet. Dersom man står overfor tilfeller hvor det er risiko for at pasienten kan forvolde alvorlig skade på person eller eiendom, må helsepersonellet vurdere om vilkårene for å gi politiet nødvendige opplysninger for å avverge skaden foreligger. I slike tilfeller kan helsepersonellet ha rett til å formidle taushetsbelagte opplysninger videre (opplysningsrett - helsepersonelloven § 23 nr. 4)) og/ eller en plikt til å gi opplysninger videre (opplysningsplikt - helsepersonelloven § 31). Formålet med denne videreformidlingen av opplysninger må være for å avverge skade, og ikke for å bidra til politiets etterforskning av straffesaken.

Dersom pasienten har begått straffbare handlinger mot helsetjenesten og/eller mot ansatt helsepersonell må det vurderes om forholdet skal anmeldes, enten av helsetjenesten som sådan og/eller av det helsepersonellet som er fornærmet i saken. Politiet kan kontaktes for å bistå med råd i situasjoner hvor ansatte er utsatt for trusler om vold.

7.3 Tilbakeholdelse i sykehus uten eget samtykke

Pasienter som legges inn i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) etter kapittel 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven

Vedtaket fattet av Fylkesnemnda om tilbakeholdelse uten eget samtykke, etter §§ 10.2 og 10.3 i helse - og omsorgstjenesteloven, regulerer innleggelse i tverrfaglig spesialisert behandling. Pasienter innlagt etter Fylkesnemndas vedtak etter § 10.2 kan holdes tilbake inntil 3 mnd.

Gravide rusavhengige innlagt i OUS etter § 10.3 skal etter avgiftning overføres til de til enhver tid utpekte behandlingssteder i RHF, og kan holdes tilbake helt fram til fødsel. Bydelen ved NAV sosialtjeneste er ansvarlig for oppfølging av vedtak fattet i Fylkesnemnda, og skal minst hver 3.mnd vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse i institusjon.

Pasienter som legges inn etter Psykisk helsevernloven, kapittel 3 etter § 3-1 tvungen legeundersøkelse, § 3-2 tvungen observasjon eller § 3-3 tvungent psykisk helsevern, kan holdes tilbake mot sin vilje etter tidsperspektiv nærmere angitt i lovtekst.

7.4 Pasienter med psykisk lidelse og samtidig utviklingshemming

Det er viktig at annen spesialisthelsetjeneste som habiliteringstjenesten blir tatt inn i behandlingsforløpet i en tidlig fase hvis man ser at pasienter med utviklingshemning og psykisk lidelse har behov for tvangstiltak etter kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

8. Fastlegens rolle

Hvis ikke pasientene motsetter seg det, skal OUS sende epikrise til pasientens fastlege både etter innleggelse og ved polikliniske behandlingsforløp^{12 13}

Fastlegens oppfølging må tilpasses pasientens situasjon og behov for videre behandling. Fastlegen har det primære ansvaret for den medisinske oppfølgingen samt å delta i samarbeidsmøter med bydelen, NAV og andre instanser ved behov. Det avklares med fastlegen hvem som skal ha et koordinatoransvar Jf. overordnet prosedyre "Samhandling-pasient med behov for kommunale tjenester – utskrivningsklar"

Ved utskrivelse til sykehjem/annen kommunal institusjon sendes epikrise til institusjonen utskrivelsesdagen.

¹² Helsepersonelloven § 45

¹³ Pasient og brukerrettighetsloven § 5-3

9. Uenighet

Ved uenighet mellom OUS og bydel/SYE /velferdsetat skal partene i første omgang søke å forhandle seg frem til en omforent løsning. Oppnås ikke enighet på direktørnivå, kan hver av partene bringe saken inn for tvistenemnda.

Tvistenemnda er en nemnd for løsning av tvister i enkeltsaker mellom sykehus /helseforetak og bydeler i Oslo kommune. Tvistenemnda er oppnevnt av Kontaktmøtet mellom Oslo kommune og Helse Sør – Øst RHF. Den skal sammensettes av tre personer i hver sak, en fra spesialisthelsetjenesten, en fra den kommunale helsetjenesten og en nøytral uten tilknytning til helsetjenesten.

Dato

For..... Oslo kommune

For Oslo universitetssykehus

.....

10. Referanser

Spesialisthelsetjenesteloven LOV-1999-07-02-61

Helse- og omsorgstjenesteloven LOV-2011-06-24-30

Psykisk helsevernloven LOV-1999-07-02-62

Pasient og brukerrettighetsloven LOV-1999-07-02-63

Helsepersonelloven LOV-1999-07-02-64

Samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF

Tjenesteavtale 1- Koordinerte tjenester

Tjenesteavtale 2- Samarbeid om innleggelse i sykehus og om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon

Prosedyren ” *Samhandling- pasient med behov for kommunale tjenester – utskrivningsklare pasienter*”

Veileder IS 2076 Sammen om mestring

Veileder til forskrift om individuell plan 2010

Listen er ikke uttømmende, og bestemmelser fra andre lovverk, forskrifter og veiledere kan ha betydning for partenes utførelse av oppgaver

Samarbeidsplan

Oslo universitetssykehus(OUS) og bydeler i sykehusets opptaksområde har valgt å bruke samarbeidsplan for å skape en felles forståelse og forpliktelse for de oppgaver som skal løses i samarbeid med de involverte parter.

Pasientopplysninger:

Pasientens navn:	
Fødselsdato:	
Samarbeidsperiode fra-til:	
Henvisende instans:	
Bestilling:	

Tilbud:

- Poliklinisk/Ambulant
- Innleggelse

Punkter som må vurderes og som bør inngå i avtalen:

- Bruker medvirket, evt. begrunnelse for hvorfor ikke
- Brukers samtykkekompetanse til helsehjelp vurdert
- Pårørende/verge medvirker i samarbeidsavtalen
- Har pasienten enkeltvedtak etter Helse og omsorgstjenesteloven kap. 9?
- Sysselsatt på dagtid/dagtilbud?
- IP utarbeidet?
- Fase og kriseplan
- Hospitering
- Innhenting av relevante opplysninger
- Er det behov for bolig/ny bolig?

- Kompetanseoverføring planlagt
- Avklare evt. Annen oppfølging

Involverte parter:

Rolle	Navn	Epost	Telefon
Overordnet faglig ansvarlig kommune/bydel			
Leder av bestillerkontoret for bolig			
IP/Koordinator			
Pasientansvarlig behandler OUS			
Fastlege			
Nærmeste pårørende			

Oppgaver henvisende instans/annen spesialisthelsetjeneste:

Oppgaver	Ansvarlig	Tidsfrist

Oppgaver Kommune/bydel:

Oppgaver	Ansvarlig	Tidsfrist

Oppgaver OUS:

Oppgave	Ansvarlig	Tidsfrist
Utredning og behandling ihht behandlingsplan		
Fortløpende kontakt med involverte parter		
Samtaler og kontakt med familien		
Undervisning bolig/arbeidssted		
OUS forplikter seg til oppfølging inntil 6 mnd etter utskrivning		

Møter:

Type møte	Dato	Ansvarlig for innkalling
Midtevalueringssmøte		
Utskrivningsmøte		

Status Bolig (hvis aktuelt):

Oppgaver	Dato	Ansvarlig m/myndighet

Ansvarlig for at oppgavene gjennomføres i henhold til samarbeidsplanen:

Sted: _____

Dato: _____

NN, tittel arb. Sted

NN, tittel arb. Sted

NN, tittel arb. Sted

NN, tittel arb. Sted