

 <b>HELSE BERGEN</b> Haukeland universitetssjukehus	<b>Flytting av pasienter ved plassmangel (overflytting og utlokalisering)</b>	
Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon/Administrative rutiner	Gyldig fra/til: 03.03.2023/03.03.2024	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 7.01	
Godkjenner: <a href="#">Clara Gram Gjesdal</a>	Retningslinje	
Dok. ansvarlig: <a href="#">Gjesdal, Clara Beate Gram</a>	Dok.id: D66637	

## Innhold

1	Hensyn og hensikt.....	2
2	Definisjoner: <i>Utlokalisering og overflytting</i> .....	2
3	Risikovurdering .....	2
4	Oversikt over tiltak ved utlokalisering .....	2
5	Beslutning om utlokalisering: Avtale mellom avgivende og mottakende enheter .....	3
6	Fordeling av oppgaver og ansvar under utlokaliseringsperioden .....	3
7	Gjennomføring.....	3
	7.1 Beslutningsansvar ved utlokalisering .....	3
	7.2 Aktivering av flytteliste: Pasienter som kan overflyttes velges primært. Utlokalisering dersom det er eneste mulighet. ....	4
8	Referanser.....	5
	8.1 Interne referanser .....	5
	8.2 Eksterne referanser.....	5
9	Forankring.....	5
10	Endringer siden forrige versjon.....	5

## 1 Hensyn og hensikt

Overflytting og utlokalisering av pasienter skal gjennomføres på en trygg måte.

Utlokalisering er i utgangspunktet uønsket, fordi det innebærer økt risiko for pasienten, men:

1. kan gjennomføres for å gi plass i spesialavdeling til nye pasienter med høyere medisinsk prioritet, og
2. er forsvarlig når det skjer etter fastlagte rutiner, og med risikoreducerende tiltak som sikrer at den utlokaliserte pasienten får adekvat behandling.

For å redusere risikoen ved alle flyttinger, skal denne og tilhørende rutiner følges når pasienter overflyttes eller utlokaliseres.

## 2 Definisjoner: *Utlokalisering og overflytting*

*Utlokalisert pasient:* En pasient som flyttes på grunn av plassmangel, til en annen sengepost enn den som medisinsk og sykepleiefaglig er foretrukket, og som trenger forsterkede tiltak for å motvirke risikoen ved flyttingen.

*Utlokalisering* kan skje både innen og mellom spesialavdelinger, og fra Akuttmottak til spesialavdelinger.

Følgende grupper regnes ikke som utlokaliserte (vanlig overflytting):

1. Pasienter som flyttes til annen enhet av medisinske grunner
2. Pasienter som er ferdigbehandlet til kommunen
3. Pasienter som flyttes mellom avdelinger som gir likeverdig tilbud, inkludert pasienter i kategori B som innlegges fra Akuttmottak til Mottaksklinikken (KTP/UMO)

Rutinen for *Trygg overflytting* skal følges både ved utlokalisering og overflytting, for å redusere risiko ved flytting.

## 3 Risikovurdering

Vurdering av risiko ved flytting av hver enkelt pasient skal bygge på:

1. om pasienten har behov for spesialkompetanse, og
2. om mottakende enhet har tilstrekkelig medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta pasienten på adekvat måte.

**Ved lav flytterisiko benyttes overflytting** og det skrives overflyttingsnotat med plan for videre behandling, inkludert eventuelt behandlingsbegrensning. Medisinsk og sykepleiefaglig ansvar ligger i mottakende avdeling. Ved høyere flytterisiko benyttes utlokalisering, rutinebeskrivelse under:

## 4 Oversikt over tiltak ved utlokalisering

1. *Flytteliste:* Daglig oppdatert liste over pasienter som etter individuell vurdering kan overflyttes eller utlokaliseres dersom enheten får overbelegg. Alle enheter med høyt belegg skal ha en oppdatert flytteliste.
2. *Utlokaliseringsnotat (ULP-notat):* strukturert journalnotat som inneholder avtale om det medisinske ansvaret, om veiledning, bistand og tilsyn, relevant informasjon til mottakende enhet om videre oppfølging og behandlingsplan, og om hvorvidt pasienten er informert om utlokaliseringen.
3. *Det sykepleiefaglige ansvaret overføres* alltid til mottakende enhet. Avgivende enhet skal yte bistand og veiledning etter behov.

4. Ved utlokalisering (forhøyet risiko) skal det medisinske ansvaret *beholdes* i avgivende enhet. Mottagende avdeling skal inkludere pasient i visittgang og sikre at pasient blir fulgt opp for alle relevante problemstillinger. Avgivende avdeling skal følge opp sitt hovedansvar slik det er beskrevet i ULP notatet.
5. Pasienten postoverføres i DIPS – [Utlokaliserte pasienter: finne pasienter med ULP notat](#)

## 5 Beslutning om utlokalisering: Avtale mellom avgivende og mottakende enheter

### a. Beslutning om utlokalisering treffes slik:

1. Den enheten som har ledig pasientseng plikter å ta imot en pasient som avgivende enhet mener forsvarlig kan utlokaliseres, og
2. mottakende enhet bestemmer hvilke tiltak som kreves, jf. punkt 4 nr. 2, 3 og 4.

### b. Utlokaliseringen avklares muntlig med lege og sykepleier i mottakende enhet.

### c. ULP-notat skrives når utlokaliseringen er avtalt, og før utlokaliseringen er gjennomført. Notatet skrives av lege i avgivende enhet. Dersom sykepleier fører notatet inn, skal det opplyses hvilken lege det er skrevet på vegne av.

### d. Pasienten informeres om utlokaliseringen. Informasjon gis eventuelt til pårørende. Informasjonen skal være tilpasset pasienten. Det bør informeres om hvorfor pasienten skal flytte, til hvor, og at pårørende som ikke er til stede får beskjed. Det skal forsikres om at behandlingsplanen blir fulgt opp, og at pasienten vil bli like godt ivaretatt.

Det bekreftes i utlokaliseringsnotat *at* informasjon er gitt.

### Ved utlokalisering gjelder:

1. Det medisinske ansvaret for pasienten *forblir* i avgivende enhet. Sykepleieansvaret overføres til mottakende enhet.
2. Overflyttingsrutine som brukes i DIPS: Postoverføring
3. Utlokaliseringsnotat utarbeides i DIPS.

## 6 Fordeling av oppgaver og ansvar under utlokaliseringsperioden

### a. Avgivende enhet:

1. Ivareta det medisinske ansvaret, herunder utredning og behandling av den aktuelle tilstanden, visittgang og ansvar for epikrise.

### b. Mottakende enhet:

1. Følge opp plan for behandling og pleie i henhold til ULP-notat.
2. Yte helsehjelp til pasienten etter vanlige rutiner, og tilkalle bistand og tilsyn etter behov.
3. Se til at eventuell avtale om visitter følges opp, og purre avgivende enhet dersom det er nødvendig.
4. Kreve tilbakeføring av pasienten dersom medisinske eller driftsmessige grunner tilsier det.

## 7 Gjennomføring

### 7.1 Beslutningsansvar ved utlokalisering

- a. **Faglig og administrativ ledelse** skal sørge for at helsepersonellet kan gjennomføre utlokalisering etter denne rutinen og at tiltakene blir brukt.

- b. **Visittgående lege i samråd med sykepleier:** Vurderer om hver enkelt pasient skal stå på flytteliste. Beslutningen tas etter individuell medisinsk vurdering. Journalnotat opprettes.
- c. **Postlege på dagtid:** Vurderer risikoen for overbelegg kommende kveld og natt, og aktiverer flyttelisten dersom det forventes overbelegg.
- d. **Postlege, eventuelt vaktlege:** Tar beslutning om utlokalisering av enkeltpasienter og ferdigstiller ULP notat.
- 7.2 **Aktivering av flytteliste:** Pasienter som kan overflyttes velges primært. Utlokalisering dersom det er eneste mulighet.

a. *Utlokalisering fra spesialavdeling*

Pasienter velges blant dem som har blitt individuelt vurdert, og som vil få adekvat behandling i den mottakende enheten som har ledig sengeplass.

b. *Utlokalisering fra Akuttmottak*

1. Pasienten vurderes i den foretrukne spesialavdelingen, og prioriteres mot aktuelle pasienter på flyttelisten. Den pasienten som har minst behov for å ligge på den spesialiserte sengeposten, utlokaliseres.
2. Mottaksklinikkens enheter (UMO 1, UMO 2 og KTP) tar imot pasienter fra alle akuttgrupper som utlokaliseres direkte fra Akuttmottak når de har kapasitet. Pasientgrupper som regnes som utlokaliserte til UMO/KTP er typisk de som ikke til vanlig behandles i MK og som er beskrevet som seksjonspasienter (C-kategorier).
3. Pasienter i kategori C skal ikke utlokaliseres med mindre det er tvingende nødvendig. Når det skjer, skal dette rapporteres i Synergi. (Pasienter i kategori B som av plasshensyn legges i UMO/KTP regnes ikke som utlokalisert og trenger ikke ULP notat (se under)).

Vaktlege beslutter om pasienten skal utlokaliseres.

Vaktlege, eller den som vaktlege delegerer oppgaven til, melder fra til sekretær på tel 972499:

- Pasient er utlokalisert fra AKMO fra avdeling X til avdeling y
- Ber om at det blir opprettet sak i Synergi

4. Selve overføringen fra Akuttmottak gjennomføres av administrativt personell i Mottaksklinikken

Merkantilt personell i Mottaksklinikken fører synergimeldingen på vegne av avdelingen, slik:

*Synergi - Melder:*

- Sakstype: "Uønsket hendelse - Pasientrelatert"
- Saksbeskrivelse: "Utlokalisering Kategori C fra AKMO til *mottakende enhet*"
- Ansatt i enhet: Den foretrukne spesialavdelingen på nivå 2

*Synergi - Saksbehandler:*

- Hendelsestype: "2.1.6 Overflytting/overføring av pasientansvar sykehusinternt"

## 8 Referanser

### 8.1 Interne referanser

<a href="#">1.2.3-10</a>	<a href="#">Flytteliste v/kapasitetsmessige hensyn</a>
<a href="#">1.2.3-23</a>	<a href="#">Plassering av pasienter fra akuttmottak</a>
<a href="#">1.2.3-24</a>	<a href="#">Pasientgrupper som egner seg godt i Korttidsposten og/eller Utgreiingsmottak</a>
<a href="#">1.2.3-25</a>	<a href="#">Oversikt over pasientgrupper som skal til fagspesifikk avdeling og kun unntaksvis plasseres på UMO/KTP (C kategori)</a>
<a href="#">1.2.3-28</a>	<a href="#">Utlokaliseringsnotat (ULP-notat) (brukes i DIPS)</a>
<a href="#">1.2.7.3.1-109</a>	<a href="#">Opphold - Overflytting til annen post eller avdeling (DIPS ARENA)</a>
<a href="#">16.2.1-18</a>	<a href="#">Kriterier og rutiner for innleggelse av pasienter i Utredningsmottak (UMO) og Korttidsposten (KTP)</a>

### 8.2 Eksterne referanser

## 9 Forankring

## 10 Endringer siden forrige versjon

Forlenget gyldighet til 03.03.2024 Forenklet rutinen. Pasienter med lav risiko defineres som overflytting