



Retningslinje 1 - Pasientsamarbeid

Samhandling om pasienter med behov for kommunale tjenester i forbindelse med poliklinikk, innleggelse, utskriving, - og pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Det er hjemlet i [lov om helse- og omsorgstjeneste med mer § 6-2 nr. 2, 3 og 5](#) og [lov om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.](#) og [forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#)

1. Formål

Retningslinjene skal sikre at alle pasienter får et forutsigbart, faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helseforetaket. Pasientsamarbeidet skal sikre at pårørende skal være godt informert og medvirke til plan for videre behandling, der det er aktuelt.

Retningslinjen skal sikre godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket om pasienter som har eller antas å ha behov for kommunale tjenester.

Ved videreutvikling av i EPJ-løsninger skal partene fortløpende ta i bruk funksjonalitet som muliggjør mer standardisert og tilgjengelig informasjon i pasientsamarbeidet.

2. Felles ansvar for pasientsamarbeid

- Ta initiativ til samarbeidsmøter for å planlegge nødvendig helsehjelp og tiltak etter *utskriving*
- Samarbeidet mellom koordinator i kommunen og helseforetaket skal avklares, og når pasientene har behov for koordinerte tjenester avklares hvem som er kontaktansvarlig i kommunen og helseforetaket.
- Partene er enig om å legge [Nasjonal veileder IS-1947](#) fra Helsedirektoratet til grunn i arbeidet med å utvikle felles forståelse av habilitering og rehabilitering på individ og systemnivå.
- Koordinerende enhet i helseforetaket og i kommunen skal ha oversikt over pasientforløp i egen organisasjon for å oppnå samhandling på system- og individnivå.
- Delta i ansvarsgrupper både før, under og etter pasient/brukers sykehusopphold når det er behov for det
- Samarbeide om behov for hjelpemidler, slik det er beskrevet i felles [Rutine for hjelpemidler](#)
- Involvere [pårørende](#)

2.1 Informasjonsutveksling når pasients/brukers pårørende trenger bistand

Helseforetaket og kommunen har ansvar for å avklare om pasient/bruker har pårørende som trenger bistand/omsorg når pasienten/brukeren mottar behandling i helseforetaket og/eller kommunen.

Partene skal ha et system for å gi nødvendig støtte til pårørende som trenger bistand/omsorg når pasienten/brukeren mottar behandling i helseforetaket og/eller kommunen. Relevante instanser skal varsles så tidlig som mulig om bistands-/omsorgsbehov som pårørende har, dette dokumenteres i journal.

2.2 Informasjonsutveksling når mindreårige barn er pårørende

Helseforetaket og kommunen har ansvar for å avklare om pasient/bruker har mindreårige barn som pårørende, og om barnets situasjon er vurdert og ivaretatt, [if helsepersonellovens § 10a](#) og [helsenorge](#).

Partene skal ha et system for å gi nødvendig støtte og oppfølging til barn og ungdom som er pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Relevante instanser skal varsles så tidlig som mulig om bistands-/omsorgsbehov som mindreårige barn har, dette dokumenteres i journal.

3 Samarbeid om døgnbehandling

Informasjonsutveksling mellom helseforetak og kommune skal fortrinnsvis skje elektronisk. I tilfelle der det haster med rask respons bør telefon benyttes. Det samme gjelder ved eventuell stans i meldingsutvekslingen. Begge parter tar initiativ til dialog og evt. deltakelse i møter der det er spesielle behov for kompetanseoverføring og videre oppfølging.

Det er utarbeidet egne rutiner for innleggelse og utskrivning av pasienter med behov for kommunale tjenester (vedlegg til retningslinje 1).

3.1 Unntaksbestemmelser

a) Pasient som skriver seg ut på eget ansvar

Pasienten kan i noen tilfeller ønske å reise før kommunen har svart på «Melding om utskrivningsklar pasient», eller skrive seg ut mot helseforetakets anbefaling. Det skal benyttes PLO-meldinger for at informasjonen skal være gitt og dokumentert i begge journalsystemer.

Forutsetninger for unntaket:

- I. Pasienten er utskrivningsklar og det er sendt:
 - Helseopplysning – oppdatert
 - Epikrise eller tilsvarende informasjon
 - Melding om Utskrivningsklar pasient
- II. Pasienten er samtykkekompetent og ønsker selv å reise hjem før kommunen varsler at de kan ta imot pasienten.
- III. Sykehuset har vurdert at det er faglig forsvarlig å skrive ut pasienten uten kommunale tjenester fordi pasienten klarer seg selv, eller pasienten har pårørende som ønsker å ta ansvar for pasienten inntil kommunale tjenester er på plass

b) Ekstraordinær hendelse eller omstendigheter utenfor partenes kontroll (Force majeure)

Helseforetaket og kommunene kan på grunn av en ekstraordinær driftssituasjon måtte fravike rutine for pasientsamarbeid. Dette forutsetter en avklaring mellom partene i hvert enkelt tilfelle.

3.2 Krav til redegjørelse

Kommunen har krav på redegjørelse for de vurderinger foretaket har gjort, [jamfør § 9 i forskriften om utskrivningsklare pasienter](#) Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av foretaket. [Jamfør § 14 i forskriften om utskrivningsklare pasienter](#).

3.3 Betaling for utskrivningsklar pasient

Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud er regulert i forskriften. [Jamfør § 13 i forskriften om utskrivningsklare pasienter](#)

4. Samarbeid om polikliniske pasienter

Når pasienter som er til dagbehandling / poliklinisk konsultasjon / ambulant behandling får behov for kommunale tjenester eller endrede behov for kommunale tjenester, skal kommunen informeres.

5. Samarbeid om pasienter med behov for koordinerte tjenester

Det samarbeides om individuell plan (IP) for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte pasient/bruker, Helseforetaket og kommunen har utarbeidet rutiner for samarbeid i komplekse pasientsaker. Jamfør: [Samarbeidsavtale for ansvarsavklaringer i komplekse pasientsaker](#).

Aktuelt lovverk:

- [pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-5, 2-5a,](#)
- [spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5, 2-5a, 2-5b, 2-5c,](#)
- [psykisk helsevernloven §§ 4-1,](#)
- [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1, 7-2, 7-3,](#)
- [forskrift om habilitering og rehabilitering.](#)

5.1 Helseforetakets ansvar:

- a) Starte habilitering- og rehabiliteringstiltak så snart som mulig under institusjonsopphold
- b) Melde fra til koordinerende enhet i kommunen ved behov for individuell plan og/eller kommunal koordinator og samarbeide med kommunen om dette
- c) Vurdere samarbeidsmøter før utskriving når pasient/bruker har behov for omfattende kommunale tjenester

5.2 Kommunens ansvar:

- a) Sørge for å utarbeide individuell plan, tilby koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper ved behov
- b) Følge opp bestilling av nødvendige hjelpemidler i samarbeid med helseforetaket, og sikre nødvendig opplæring jf. [Rutine for hjelpemidler](#)

Vedlegg til retningslinje 1

Rutiner om pasientsamarbeid ved innleggelse og utskrivning

Det er utarbeidet felles rutine for bruk av e-meldinger: [rutine for bruk av e-meldinger](#).

1. Henvisning

1.1 Kommunens ansvar og oppgaver

- a) Vurdere andre helsetjenester i kommune før pasienten henvises helseforetaket for vurdering.
- b) Beslutter i samråd med AMK hvilken transport pasienten trenger til helseforetaket (jf. [Pasientreiser](#)), samt hastegrad (jfr. [Medisinsk index](#))
- c) Vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til helseforetaket
- d) Henvisning inneholder alle relevante opplysninger som er nødvendig ved innleggelse for å kunne starte videre utredning/behandling så raskt som mulig. Henvisningen sendes elektronisk og utformes iht. til nasjonal veileder for henvisning til
- e) Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende hvis forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- f) Ved livstruende situasjoner kan ambulanspersonell i samarbeid med henvisende instans og AMK, transportere pasienten direkte til helseforetaket. Melding til helseforetaket for klargjøring av mottak med relevant personell, skal gjøres uten ugrunnet opphold.
- g) Kommunen skal gi nødvendige opplysninger om tjenester, medikamenter, sykehistorie og funksjonsnivå senest innen 4 timer etter mottatt informasjon om innleggelsen, tilsvarende elektronisk innleggelsesrapport. (rutine for informasjonsutveksling) Ved behov for supplerende opplysninger sendes disse senest innen 24 timer etter innleggelsen.
- h) Pasienten er kommunens ansvar inntil vedkommende er innlagt, og 24 timers varsel er sendt.
- i) Kommunen skal ikke gi løfter eller tilsagn om tjenester på helseforetakets vegne.

1.2 Helseforetaket ansvar og oppgaver

- a) Helseforetaket tilbyr konferansemulighet ved alle øyeblikkelig hjelp innleggelser.
- b) Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende når forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- c) Avklare om pasienten har helse – og omsorgstjenester i egen kommune og varsle så snart som mulig om innleggelsen.
- d) Innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende ved behov.
- e) Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under oppholdet, i samarbeid med pårørende når det er aktuelt.
Jf. [Ledsager fra kommunen under sykehusopphold](#)
- f) Hvis det vurderes at pasienten ikke har behov for spesialisthelsetjeneste, tar helseforetaket kontakt med henvisende lege i kommunen, og det vurderes i fellesskap videre behandling. Beslutningen om kommunale tjenester ligger til kommunen.
- g) Når pasientforløpet krever avtale om direkte kontakt til helseforetaket, kan pasienten selv eller helse- og omsorgstjenesten avtale innleggelse direkte med oppfølgende klinikk. Kommunens kontaktperson skal informeres.

- h) Ved planlagte innleggelser: Pasient og henvisende lege skal varsles om resultat etter vurdering av henvisningen, og gis dato for innleggelse, evt. ukenummer for innleggelse.
- i) Ved innleggelse vurderes det om pasienten har behov kommunale helsetjenester etter utskrivning. Det er viktig med tidlig varsling for å sikre faglig forsvarlig pasientforløp mellom helseforetaket og helse- og omsorgstjenesten i kommunen.
- j) Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene innen 24 timer etter innleggelsen, skal vurderingene foretas fortløpende og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.
- k) Informasjon skal gis innen 24 timer etter innleggelsen.
 - Informasjon skal inneholde: pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.
 - Helseforetaket skal informere kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov / funksjonsnivå.
 - Ved dødsfall skal kommunen informeres umiddelbart.

2. Samarbeid under innleggelse

- a) Dersom det i løpet av sykehusoppholdet avklares behov for kommunale tjenester, skal fristen løpe fra det tidspunkt det blir klart at slikt behov foreligger.
- b) Helseforetaket foretar utredning og behandling med utgangspunkt i problemstillingene i henvisningen
- c) Planlegging av utskrivning starter så snart som mulig når den kliniske situasjonen er avklart
- d) Begge parter kan ta initiativ til dialog og delta i møter ved behov.
- e) Ansvarlige representanter for kommunen og helseforetaket avklarer videre oppfølging i samarbeid med pasient og nærmeste pårørende når det er aktuelt.
- f) Dersom pasienten videre-henvises i spesialisthelsetjenesten, skal dette fremgå av epikrisen. Dette gjelder også kontrollpasienter.

3. Samarbeid om pasientforløp ved utskrivning

Pasienten besluttet først å være utskrivningsklar, og nødvendig informasjon sendes kommunen (jf.pkt. 3.1.1). Når kommunen har bekreftet at pasienten kan mottas, følges rutiner for utreiseklar pasient (pkt. 3.1.2) for å sikre en forsvarlig utskrivning til kommunen.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter beskriver kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar - [§ 9 i forskriften](#):

Pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivningsklar når lege ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen.

Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) *problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart*
- b) *øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*
- c) *dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for*

- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

For pasienter i psykisk helsevern skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten skal det før pasienten er utskrivningsklar også etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.

3.1 Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- a) Når en pasient er definert utskrivningsklar, skal kommunen varsles så tidlig som mulig. Varsling skal tilstrebtes på dagtid mellom 08.00 og 15.00 (mandag – fredag)
Jfr. [Rutiner for elektronisk meldingsutveksling](#).
- b) Når utreise av pasient skal skje samme dag, skal det etter anmodning fra kommunen sendes med medikamenter og nødvendig utstyr fra helseforetaket, som regel fram til første virkedag eller der annet er avtalt, for å unngå brudd i behandlingsforløpet.
- c) Helseforetaket skal ikke gi løfter eller tilsagn om tjenester på kommunens vegne.
- d) Ved behov for hjelpemidler er samarbeidet beskrevet i [Rutine for hjelpemidler](#)
- e) Helseforetaket rekvirerer transport tilpasset pasientens situasjon etter kriteriene til [Pasientreiser](#).
- f) I tillegg til nødvendig informasjon sendt til kommunen, skal pasienten få med seg tilpasset skriftlig informasjon om oppholdet og videre plan.
- g) Helseforetaket er forpliktet til å ivareta den utskrivningsklare pasienten i påvente av at kommunen kan gi et faglig forsvarlig tilbud.

3.1.1 Utskrivningsklar pasient

Pasienten er utskrivningsklar når:

- a) Når lege / behandler i sykehuset har besluttet at pasienten er utskrivningsklar
- b) Følgende dokumenter er sendt kommunen elektronisk i denne rekkefølge, for at kommunen skal kunne vurdere videre oppfølging:
 - i. Helseopplysninger – oppdatert er sendt *Saksbehandlingstjenesten*. Med oppdaterte medikamentopplysninger og andre nødvendige legeopplysninger, plan for videre behandling og oppfølging. Eventuelle tilleggs-rapporter med informasjon om forventet funksjonsnivå etter utskriving.
 - ii. Melding om utskrivningsklar pasient

3.1.2 Utreiseklar pasient

Pasienten er utreiseklar når:

- a) Svar er mottatt fra kommunen om / når pasienten kan mottas

- b) Informasjon er gitt til pasient og eventuelt pårørende
- c) Transport er ordnet
- d) Eventuelt medikamenter / utstyr er klargjort for å sendes med pasienten
- e) Utskrivingsrapport til kommunen er sendt
- f) Epikrise eller tilsvarende informasjon, med eventuelle endringer i pasientopplysninger etter at pasienten ble vurdert som utskrivingsklar, sendes elektronisk ved utreise.
- g) Melding om utskrevet pasient sendes når pasienten reiser

3.1.3 Innhold i nødvendig informasjon til helse og omsorgstjenesten

- a) Medikamentopplysninger hvor det skal spesifiseres hvilke medisiner som er endret/seponert med begrunnelse.
- b) Anbefalinger om videre oppfølging.
- c) Helseopplysning / Utskrivningsrapport som skal inneholde:
 - Funksjonsbeskrivelse
 - Eventuelt anbefalte videre tiltak
 - Eventuelle rapporter fra andre faggrupper skal følge med til aktuelle kommunale instanser.

3.2 Kommunens ansvar og oppgaver:

- a) Kommunen skal straks etter mottatt elektronisk varsel om utskrivningsklar pasient, svare på:
 - om de kan ta imot pasienten
 - eventuelt når de kan ta imot pasienten, samt hvilket tilbud pasienten skal få ved hjemkomst
 - gi beskjed om behov for medikamenter / utstyr
- b) Kommunene skal normalt ta imot pasienter samme dag (dag 0) forutsatt at nødvendig informasjon er sendt i perioden 8-15 mandag til fredag