

Samarbeidsprosedyre 1

Pasientsamarbeid

Innhold

1. Generelle prosedyrer som gjelder ved alle innleggelser.....	3
1.1. Elektronisk meldingsutveksling og dokumentasjon.....	3
1.2. Koordinerte tjenester og individuell plan	3
2. Pasienter som har behov for følge av kjent personale fra kommunen	4
2.1. Planlagt innleggelse	5
2.2. Øyeblikkelig innleggelse	5
2.3. Pasientreiser	6
2.4. Fakturering.....	6
2.5. Pasienter i livets slutfase.....	6
2.6. Håndtering av uønskede hendelser/avvik.....	6
3. Samarbeid om barn	7
3.1. Barn som pårørende	7
3.2. Barn som pasient.....	7
3.3. Samarbeide om barn og unge med sammensatte vansker og lidelser.....	7
4. Samarbeid om svangerskap, fødsel og barselomsorg.....	9
5. Den akuttmedisinske kjede.....	10
5.1. Ansvar og oppgaver	10
6. Forberedelser før innleggelse av pasient	12
6.1. Retningslinje for alle typer innleggelser	13
6.2. Spesielt for de ulike typene innleggelser	13
7. Samarbeid ved innleggelse.....	15
8. Samarbeid under innleggelse og om hjemreise.....	16
9. Samarbeid om utskrivelse	16
10. Utskrivning.....	19
10.1 Transport.....	19
10.2 Betaling for utskrivningsklar pasient.....	19
11. Særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling	21
Vedlegg.....	22
VEDLEGG 1: Avtale ved behov for følgeperson fra kommunen	22

VEDLEGG 2:	Refusjonsskjema for utgifter til følgepersonell	22
VEDLEGG 3:	Åpen innleggelse.....	22
VEDLEGG 4:	Sjekkliste Trygg utskrivning.....	22

Pasientsamarbeid

Samarbeidsprosedyren gjelder for alle pasienter uavhengig av alder eller diagnose som har/kan ha behov for kommunale tjenester og pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Prosedyren gjelder øyeblikkelig hjelp, planlagt vurdering/innleggelse, åpen innleggelse (fri retur) og pasienter som kommer direkte til Sykehuset Innlandet. Pasienten har krav på å få dekket billigste reisemåte med rutegående transport tur/retur behandlingssted. Henvisende instans vurderer nødvendig transport til første kontakt. Sykehuset Innlandet vurderer transport ved hjemreise og til kontroller/oppfølging.

Samarbeidsprosedyren skal sikre at pasientene møter en helsetjeneste som fremmer helse, er koordinert, sammenhengende og faglig forsvarlig i overgangene mellom kommunen og Sykehuset Innlandet. Pasienten og pårørende skal involveres og medvirke i saker som omhandler egen behandling og tjenestetilbud. Det skal brukes pasientforløp, pakkeforløp og behandlingslinjer der dette er utarbeidet.

- Partnerne skal ikke gi føringer, løfter eller tilbud om tjenester på vegne av hverandre.
- Partnerne skal gjøres kjent med «anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehusleger»
- Partnerne er likeverdige i samhandlingen og forplikter seg gjennom denne prosedyren å opptre lojalt og løsningsorientert slik at tjenestene blir helhetlige. Prosedyren skal gjøres kjent for egne ansatte og brukere.

1. Generelle prosedyrer som gjelder ved alle innleggelser

1.1. Elektronisk meldingsutveksling og dokumentasjon

Informasjonsutveksling skal skje elektronisk. Bruk telefon i de tilfeller det haster med rask respons. Dersom meldingsutveksling ikke fungerer, skal telefon benyttes for å utveksle informasjon.

All kontakt mellom Sykehuset Innlandet, henvisende lege og kommunen dokumenteres i pasientens journal. Elektronisk meldingsutveksling er en del av journalen.

Ved behov for informasjonsutveksling mellom kommunen og Sykehuset Innlandet, forutsettes det at det er en vei inn, og at denne benyttes.

1.2. Koordinerte tjenester og individuell plan

For innbyggere med langvarige og store sammensatte behov, skal Partnerne sørge for god koordinering av tjenester internt og mellom nivåer.

Partnerne må påbegynne samarbeidet så tidlig som mulig der pasient trenger styrket botilbud i etterkant av innleggelse.

Prosedyren skal sikre samarbeid med å ivareta pasientens/brukerens rett, og helsepersonellens plikt, til å informere om og igangsette individuell plan (IP) når det er behov for koordinerende tjenester. Partnerne plikter i felleskap å opprette IP.

Felles ansvar og oppgaver

- Partnerne plikter å ha koordinerende enhet/forløpskoordinator.
- Informasjon om retten til, og hensikten med IP skal gis uoppfordret til pasienten, eventuelt til pårørende, fra ansatt i den avdelingen/enheten som pasienten oppholder seg. Informasjonen skal formidles slik at pasient, eventuelt pårørende, forstår hva IP innebærer.

- Dersom pasienten ønsker IP, skal samtykkeerklæring innhentes slik at informasjonsutvekslingen mellom partnerne kan finne sted.
- Partnerne plikter å stille på samarbeidsmøter i forbindelse med utarbeidelse og oppfølging av IP.
- Det skal avholdes overgangsmøte ved behov. Sykehuset Innlandet har ansvar for å innkalle når pasienten er innlagt på sykehus. Kommunen har ansvar for å innkalle dersom pasienten er utskrevet.
- Partnerne skal sikre tidlig og god planlegging ved behov for “styrket botilbud”.

Sykehuset Innlandet sitt ansvar og oppgaver

- Sykehuset Innlandet skal så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet med elektronisk melding når en ser at det er behov for individuell plan som omfatter tjenester både fra Sykehuset Innlandet og kommunen. Sykehuset skal i slike tilfeller igangsette IP i samarbeid med kommunen.
- Dersom pasienten har en IP som kan være relevant for oppfølgingen på sykehus, skal denne innhentes og tas hensyn til i den videre oppfølgingen på sykehuset.
- Sykehuset Innlandet plikter å koordinere tilbudene for pasienter som er i behandling over tid, gjennom å initiere samarbeidsmøter, igangsette og delta i IP.
- Foreløpig IP skal foreligge ved utskrivelse når pasienten har samtykket til IP. Informasjon om behov for IP følger [Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester - Lovdata §8](#). I denne informasjonen skal det gis en klar beskrivelse av hva behovet er, og hvilke tjenester som på nåværende tidspunkt trenger koordinering.
- Sykehuset Innlandet plikter å stille opp på samarbeidsmøter i tilfeller hvor oppfølgingen i etterkant av opphold/poliklinikk er definert som en del av tiltakene fra spesialisthelsetjenesten. I forbindelse med samarbeid rundt IP må forventningsavklaring, rutiner og ansvar med kommunehelsetjenesten tydeliggjøres. Dette gjelder ved bruk av både manuell og elektronisk IP.

Kommunene sitt ansvar og oppgave

- Kommunen, ved koordinerende enhet, skal utarbeide IP for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det skal foreligge tilstrekkelig informasjon om hva formålet med koordinering og IP er, samt hva det innebærer.
- Kommunen har det overordnede planansvaret for IP og for å koordinere samarbeidsmøter for pasienter som oppholder seg i kommunen.
- Kommunen har ansvar for å gjøre informasjon om koordinering og IP tilgjengelig for egne innbyggere.
- Kommunen skal ha barnekoordinatorfunksjon.

2. Pasienter som har behov for følge av kjent personale fra kommunen

Revidert, sak 19.24, Strategisk samarbeidsutvalg 19.09 2024

Med kjent personale (heretter omtalt som følgepersonell), menes en ansatt i kommunen som er til stede mens pasienten mottar behandling eller undersøkelse i spesialisthelsetjenesten.

Prosedyren gjelder pasienter som på grunn av sykdom og/eller funksjonssvikt har kommunikasjonsvansker eller andre spesielle utfordringer som gjør at de trenger følgepersonell ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Følgepersonell skal i utgangspunktet være med for å sikre pasientens trygghet, sikre kommunikasjon, kjente rammer og bidra til at pasientens pleie- og omsorgsbehov under oppholdet blir ivaretatt.

Følgepersonell skal ikke få ansvar for oppgaver/prosedyrer som åpenbart er sykehusets ansvar, eller som personalet ikke har kompetanse til. Dette gjelder også legemiddelhåndtering.

Følgepersonell avklarer pauser og overlapp med ansvarlig på den aktuelle avdelingen på sykehuset.

Det skal foreligge skriftlig avtale mellom Sykehuset Innlandet og Kommunen når det er aktuelt med følgepersonell.

Sykehuset Innlandet sitt ansvar

- Sykehuset Innlandet har det medisinskfaglige ansvaret når helseforetaket er tjenesteyter.
- Den ansvarlige ved aktuell avdeling bestemmer, i samarbeid med kommunen i sanntid, om pasienten har behov for følgepersonell. Dette dokumenteres gjennom elektronisk meldingsutveksling (PLO melding).
 - I de tilfeller der pasienten allerede har 1:1 bemanning eller mer, vurderes nødvendigheten av å opprettholde dette mens pasienten er inneliggende i sykehus.
- Deretter vurderes behovet for følgepersonell av leder i samarbeid med leder i aktuell kommune. Sykehuset Innlandet har ansvar for å utarbeide avtale som signeres av begge parter, *se vedlegg 2*.
- Sykehuset Innlandet kan avslutte en inngått avtale dersom behovet opphører.

Kommunen sitt ansvar

- Kommunen sjekker om det er mottatt PLO-melding som bekrefter avklart behov for følgepersonell.
- Kommunen kan stille ansatte til disposisjon i det omfang som er nødvendig etter nærmere avtale med sykehuset. Kommunen har da arbeidsgiveransvaret.
- Pasienter med brukerstyrt personlig assistent (BPA), er som hovedregel arbeidsleder for sine ansatte, og skal være den som kommuniserer med behandlingsapparatet om bruk av BPA ved sykehusinnleggelse. Dersom det er kommunen som har arbeidsgiveransvaret, skal dette komme frem i utveksling av «Helseopplysninger», og da foregår kommunikasjonen via kommunen.
- Kommunen må påse at det er utarbeidet avtale og oppgi informasjon i tråd med mal for skriftlig avtale.
- Kommunen har ansvar for fortløpende å informere om hvem som kommer på vakt.
- Kommunen forskutterer lønn og kompensasjon for utgifter til egne ansatte på vanlig måte.

Se «Sjekkliste for følgeperson fra kommunen» (vedlegg 1)

2.1. Planlagt innleggelse

- Henviser skal vurdere om det er mulig å utføre behandlingen poliklinisk, eller bruke videokonsultasjon, for å unngå unødvendige innleggelser.
- Kommunen kontakter leder ved aktuell avdeling i Sykehuset Innlandet for å orientere om pasienten har behov for følgepersonell under oppholdet. Omfanget planlegges sammen med avdelingen og dokumenteres i tråd med mal for skriftlig avtale.
- Kommunen har ansvar for å påse at det blir inngått skriftlig avtale ved innleggelsestidspunkt, *vedlegg 2*.
- Avtalen skal så langt som mulig angi oppgaver og vaktplan for følgepersonell, herunder avklart behov for forskjøvet arbeidstid og/eller overtid.
- Ved eventuelt behov for endring i avtalen, må ny avtale inngås.

2.2. Øyeblikkelig innleggelse

- Avdelingen på sykehuset avklarer behov for bistand med kommunen og inngår **midlertidig muntlig avtale**. Muntlig avtale dokumenteres via elektronisk meldingsutveksling, PLO.

- Sykehuset Innlandet har ansvar for at **avtalen gjøres skriftlig påfølgende virkedag** og signeres av leder i kommunen.

Sykehuset Innlandet dekker følgende kostnader:

- Kommunens samlede kostnader for følgepersonell, herunder lønn, godtgjøring og utgiftsdekning etter tariff- og særavtaler for følgepersonell. Dette gjelder også der pasienten har behov for 1:1 bemanning eller mer.
- Ved beregning av arbeidstid, inkluderes reisetid fra fast arbeidssted i kommunen til behandlingssted i spesialisthelsetjenesten.
- Kostnader ved overtid/forskjøvet arbeidstid dekkes når dette er avtalt, fortrinnsvis på forhånd.
- Reiseutgifter under oppholdet dekkes også av avdelingen.
- Alternativt kan reise erstattes med overnatting der dette er mer hensiktsmessig og avtalt.

Kommunen dekker kostnadene til:

- Merkostnader relatert til innleie av vikarer fra vikarbyrå for følgepersonell besluttet av Kommunen.
- Kostnader for følgepersonell etter at pasienten er meldt utskrivningsklar fra Sykehuset Innlandet.

Dersom Sykehuset Innlandet vurderer at de kan ivareta pasientens behov selv, men kommunen likevel ønsker at pasienten skal ha følgepersonell fra kommunen, må kommunen dekke alle kostnadene knyttet til dette.

2.3. Pasientreiser

Det er kun reiseutgifter for følgepersonell ved innleggelse og ved utskrivning fra sykehuset som dekkes i henhold til pasientreiseforskriften. Kommunen sender faktura for dette direkte til Pasientreiser.

2.4. Fakturering

Kommunene sender refusjonskrav til Sykehuset Innlandet innen to måneder etter innleggelse.

Refusjonskravet skal inneholde:

Navn, stillingstittel, timeliste og timelønn inkl. sosiale utgifter

Alle fakturerte kostnader skal spesifiseres og evt. koder forklares.

2.5. Pasienter i livets slutfase

Partnerne skal, i samarbeid med pasient og pårørende, unngå overføringer av pasienter i livets slutfase. Dette gjelder både fra Sykehuset Innlandet til kommunen og fra kommunen til sykehuset.

2.6. Håndtering av uønskede hendelser/avvik

Det vises til overordnet samarbeidsavtale pkt. 10.

3. Samarbeid om barn

Barns situasjon skal gis særlig oppmerksomhet både når barnet selv er pasient, eller når barn er pårørende/etterlatt. Samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og kommunene skal sikre at barn får nødvendig oppfølging, tilpasset informasjon og medvirkningsmulighet sett i forhold til modenhet.

3.1. Barn som pårørende

Etter § 10a og §10b i Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) har helsepersonell en selvstendig plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende/etterlatte til foreldre eller søsken. Dette gjelder pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

- Ved innleggelse skal sykehuset avklare om pasienten har mindreårige barn/søsken og om de er ivaretatt. Innen 24 timer skal helsepersonellet starte kartlegging av barnas behov for informasjon og oppfølging. I samråd med foresatte iverksettes relevante tiltak internt, og ved behov initieres samhandling om videre oppfølging etter samtykke fra foresatte.
- Kommunen skal gi nødvendig kontaktinformasjon om relevante omsorgsperson(er) hvis pasienten har barn eller søsken som er under 18 år, der dette er kjent.
- Kommunen skal sikre at barn under 18 år har nødvendig tilsyn og omsorg når foreldre/andre omsorgspersoner er alvorlig syke og/eller skadet.
- Partnerne sikrer i samarbeid helhetlig og koordinert oppfølging av familier der barn er pårørende, gjennom involvering av relevante omsorgspersoner og instanser for å sikre at barnas informasjons- og omsorgsbehov ivaretas. Ved behov, plikter partnerne å utarbeide kriseplan for barn som pårørende.
- Partnerne plikter å sende bekymringsmelding til barnevernet når lovens vilkår er oppfylt etter helsepersonelloven §33.

3.2. Barn som pasient

- Sykehuset sikrer at pasient under 18 år, og som ikke har følge av foreldre/foresatte får den bistand som er nødvendig under oppholdet, og bidrar til at barnet blir ivaretatt på en forsvarlig måte ved utskrivning.
- Kommunen gir Sykehuset Innlandet informasjon om relevante omsorgspersoner, dersom pasienten er under 18 år, og kommunen har disse opplysningene.
- Dersom barnet har kommunal omsorg, skal de sørge for at barnet har en omsorgsperson som ivaretar det under innleggelsen.
- Ved behov for individuell plan, skal kommunen ha det koordinerende ansvaret dersom barnet har behov for kommunale tjenester.
- Når det er vurdert behov for videre oppfølging av kommunale tjenester etter utskrivning fra Sykehuset Innlandet, skal helsepersonell fra sykehuset og kommunen samarbeide om en forsvarlig overføring. Det bør fortrinnsvis avholdes et overføringsmøte hvor referat journalføres.

3.3. Samarbeide om barn og unge med sammensatte vansker og lidelser

Samarbeidet skal sikre trygge og gode overganger for barn og unge med sammensatte vansker og lidelser internt i sykehuset og kommunen, og på tvers av forvaltningsnivåene. Tjenestene skal være helhetlige og koordinerte.

Med «barn og unge» menes i enkelte tilfeller unge over 18 år. Dette gjelder spesielt unge som får

oppfølging innen psykisk helsevern og habiliteringstjenesten.

Barn har rett til å bli hørt i alle saker som handler om dem jf. FNs konvensjon om barns rettigheter art. 12 og Grunnloven § 104.

Ungdom skal gis mulighet til alenetid på legevisitt og kontroller når de kommer sammen med foreldrene. Barn og ungdom skal gis grundig informasjon om sin sykdom tilpasset modenhet.

Forberedelse og planlegging av overgangen fra barn til voksen bør starte senest ett år før ungdommen fyller 18 år, og fortsatt har behov for koordinerte tjenester i kommunen og tverrfaglige tilbud i spesialisthelsetjenesten etter fylte 18 år. Koordinator i kommunen og sykehus skal i samarbeid med ungdommen og foreldre/foresatte ved behov innkalle til et ansvarsgruppemøte hvor konsekvenser av overgangen er tema.

Som retningslinje for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning og oppfølging til pasienter med behov for koordinert psykisk helsehjelp, legges vekt på prioriteringsforskriften (jfr. veileder Sammen om barn og unges psykiske helse) der kommunens psykiske helsetjeneste bør tilby behandling og oppfølging til barn og unge med milde til moderate psykiske helseplager, begynnende rusmiddelproblemer og belastningsreaksjoner og deres foreldre [Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet](#)

Felles ansvar og oppgaver

- Alle søknader/henvisninger bør skje i samarbeide med foreldre/foresatte
- Sykehuset Innlandet vurderer søknaden i henhold til gjeldene retningslinjer og prioriteringsveileder. Sykehuset videresender internt, ikke retur til henvisende instans.
- Henvisningen skal vurderes der det er indikasjoner på alvorlige tilstander selv om det skulle mangle tverrfaglig dokumentasjon.
- Barnet og foreldre/foresatte får brev med kopi til henvisende instanser om hvor og når vurdering kan forventes, inklusive behandlingsfrist.
- Kommunen informerer om barnet har individuell plan og hvem som er koordinator eller kontaktperson.
- Legge til rette for barn og unges brukermedvirkning.
- **Spesialisthelsetjenesteloven: § 3-7 a. Om barneansvarlig personell mv.**
Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell. Barneansvarlig personell skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn eller søsken av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller er etterlatte barn eller søsken etter slike pasienter.
- Sykehuset skal ha foretakskoordinator for barn som pårørende-arbeidet, rådgiverfunksjon for barn som pårørende-arbeidet i divisjon psykisk helsevern, og det skal være barneansvarlig personell i nødvendig utstrekning.
- Kommunen skal ha barnekoordinator og koordinerende enhet.
- Partnerne samarbeider om oppfølgingstilbud til barn og unge med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.
- Sykehuset skal planlegge trygg utskrivning i samråd med pasient/foresatt og kommune for å sikre koordinert hjelp. Sykehuset innkaller til samarbeidsmøte om utskrivning. Partnerne stiller med personer som har myndighet til å gjøre avtale om tjenester på vegne av spesialisthelsetjenesten og kommunen. Fastlege inviteres til samarbeidsmøte om utskrivning når det er behov for legeoppfølging i kommunehelsetjenesten.

4. Samarbeid om svangerskap, fødsel og barselomsorg

Samhandlingen skal bidra til å avklare sykehuset og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende svangerskap-, fødsel- og barselomsorg.

Ved risikosvangerskap hos kvinner med psykiske vansker og/eller rusproblemer, skal behandlingslinjer for spe- og småbarn med psykososial risiko brukes før og etter fødsel.

Tverrfaglig samarbeid, utveksling av informasjon og samarbeidsarenaer ivaretas gjennom Perinataalkomiteen. Komiteen har representanter fra både Sykehuset Innlandet og kommunene. Det er etablert ordninger for felles internundervisning og fagdager (se samarbeidsprosedyre 5).

Beredskap og følgetjeneste

Sykehuset Innlandet har ansvar for følgetjenesten for fødende med mer enn 90 minutter reisevei til nærmeste fødested.

Kommunen skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten om følgetjenesten. Det er utarbeidet tilleggsavtale for beredskap og følgetjeneste med aktuelle kommuner.

Sykehuset Innlandet sitt ansvar og oppgaver

- Tilby tidlig ultralyd i uke 11-13 for alle gravide og fosterdiagnostikk NIPT (Non-invasiv prenatal test) for gravide >35 år.
- Tilby rutine ultralyd i uke 18-20 for alle gravide.
- Gi tilbud om fødeplass og yte forsvarlig fødselshjelp ut fra den enkelte kvinnes svangerskap og eventuell identifisert risiko i forbindelse med fødselen.
- Følge opp gravide med risikosvangerskap.
- Ved utreise skal sykehuset sørge for:
 - At kvinnen får med seg kontaktinformasjon til barselavdelingen, kommunal jordmor og til helsestasjonen hun tilhører.
 - At kvinnen har med seg epikrise til jordmor og helsestasjon hun tilhører.

Kommunene sitt ansvar og oppgave

- Gi tilbud til gravide kvinner i henhold til gjeldende retningslinjer.
- Identifisere kvinner med risiko for komplikasjoner og henvise fødende til riktig fødetilbud.
- Identifisere risikosvangerskap, herav eksterne forhold som påvirker svangerskapet (psykiatri, rus og vold) og sørge for nødvendige tiltak.
- Det skal opprettes koordinator i saker der behandlingslinjer brukes.
- Kvinner som går til svangerskapskontroll hos fastlege/jordmor får informasjon om aktuell oppfølging fra helsestasjonen og helsesykepleier etter fødsel.
- De til enhver tid gjeldende nasjonale retningslinjer for barselomsorg, danner grunnlag for beskrivelse av ansvarsfordeling på dette området.
- Hjemmebesøk i henhold til rutiner i kommunen.

5. Den akuttmedisinske kjede

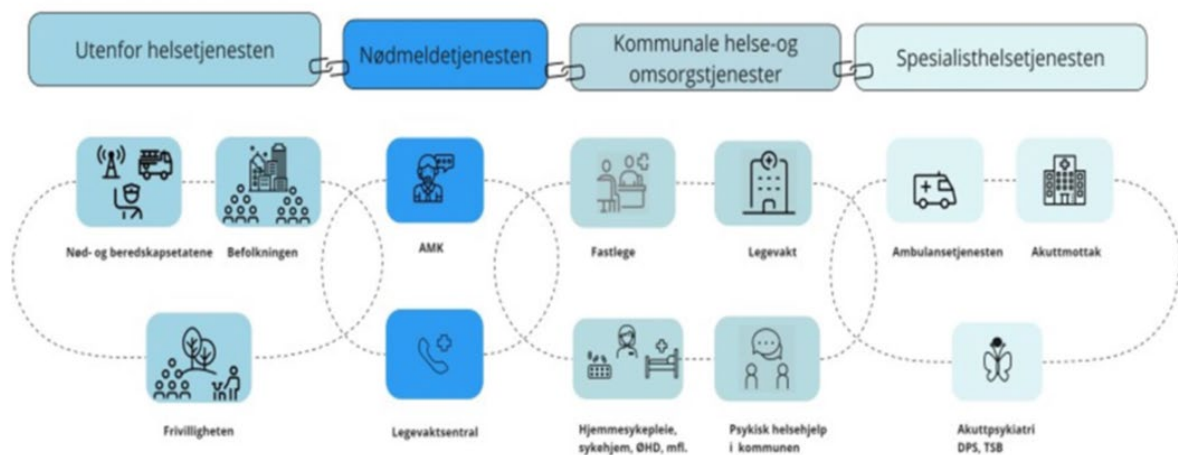
Partnerne skal samarbeide og utvikle den akuttmedisinske kjede mellom tjenestenivåene.

Kommunen har ansvar for å sørge for tjenester som legevakt, heldøgns medisinske akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging.

Beskrivelse av akuttmedisinsk kjede

Samarbeidsprosedyren omfatter helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden. Modellen fra Helsedirektoratet ligger til grunn for beskrivelse av tjenester som inngår i den akuttmedisinske kjeden.

Den akuttmedisinske kjede skal gi befolkningen et godt akuttmedisinsk tilbud på tvers av tjenestenivåene (jfr akuttmedisinforskriften § 4).



5.1. Ansvar og oppgaver

Samarbeidsprosedyren bygger på forskrift om krav til organisering av kommunal legevaksordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste (akuttmedisinforskriften) som gir en beskrivelse av oppgaver og ansvarsfordeling mellom kommunen og Helseforetaket.

Felles ansvar

- Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter.
- Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester, skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.
- Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser via Nødnett.
- Holde hverandre oppdatert om faktisk tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som mulig kommer frem til riktig behandlingssted, herunder å avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner.
- Etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner.
- Sørge for at aktører i den akuttmedisinske kjeden skal være tilgjengelig på og kunne kommunisere via Nødnett.

- Sørge for at eget vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller.
- Trening i samhandling skal skje regelmessig.
- Strategisk samarbeidsutvalg har besluttet at vi skal ha utvalg som skal sikre etterlevelse av samarbeidsprosedyrene. Dette arbeidet er igangsatt, se samarbeidsprosedyre 5.

Sykehuset Innlandet sitt ansvar og oppgaver

Ansvar for ambulansetjenester omfatter:

- bringe kompetent personelt og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter
- utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder
- ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene
- ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet
- delta i enkle søk- og redningsoperasjoner


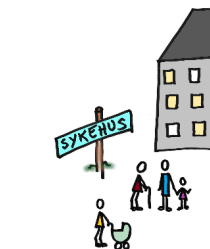
Ansvar for nødmeldetjenesten omfatter:

- Samarbeide med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med den kommunale legevaktordningen, legevaktsentralene, brannvesen, politi, hovedredningsentralene og andre samarbeidspartnere

Kommunen sitt ansvar og oppgaver (Akuttmedisinforskriften §6 og §9, lenke)

- tilby legevakt som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet
- legevakt skal blant annet vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp, diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk. Ved behov henvise, til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste
- legevakten skal yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, og rykke ut umiddelbart når det er nødvendig
- sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonell kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner
- sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell kan rykke ut umiddelbart

6. Forberedelser før innleggelse av pasient

 <p>Pkt 6.1 link</p> <p>Elektronisk henvising fra lege.</p> <p>Innleggelsesrapport fra tjeneste i kommune dersom innleggelsen er kjent.</p>	<p>Etter mottatt Melding om innlagt pasient, svare med Innleggelsesrapport snarest og innen 8 timer, pkt 7</p> <p>Svare opp Helseopplysninger</p>	<p>Forløpende dialog med sykehuset, pkt 8</p> <p>Avgjøre tjenestetilbud utfra beskrevet funksjonsnivå.</p> <p>Forberede evt tekniske hjelpemidler og opplæring.</p>	<p>Straks, og innen 4 timer, svare ut melding om Utskrivningsklar pasient, pkt 9 om tidspunkt for mottak av pasient, evt tjenestetilbud, behov for medikamenter/forbruksmateriale og antatt utdato dersom pasienten ikke kan tas imot samme dag.</p>	<p>Ta imot pasienten som har behov for tjenester.</p> <p>Ved behov medvirke til at pasienten får oppfølging hos fastlege/annen legetjeneste.</p>
<p>Før innleggelse</p>	<p>Ved innleggelse</p>	<p>Under innleggelse</p>	<p>Før utskrivning</p>	<p>Ved utskrivning</p>
	<p>Når pasienten har kommunale tjenester, eller antatt behov for tjenester etter innleggelse, skal det snarest og innen 24 timer, pkt 7</p> <p>Registrere PLO kommune.</p> <p>Hake av Send melding om innlagt pasient.</p> <p>Sende Helseopplysninger</p> <p>Registrere barn som pårørende.</p>	<p>Fortløpende dialog med kommune via PLO meldinger, pkt 8</p> <p>Oppdatere Helseopplysninger v/behov og endringer.</p> <p>Ved dødsfall hake av Utskrivningsklar pasient.</p> <p>Vurdere behov for og individuell plan, se pkt 1.2 og kriseplan, se pkt 8</p>	<p>Forløpende dialog med kommune via PLO meldinger, eller sende Utskrivningsrapport</p> <p>Sende melding Helseopplysninger pkt 9, og Utskrivningsklar pasient når vilkår for utskrivningsklar pasient pkt 9, og meldefristen tidligst mulig og senest kl 14.30 alle dager er oppfylt pkt 9.</p> <p>Ved endring avregistrere pasient og sende oppdaterte PLO melding eller Helseopplysninger. pkt 9.</p>	<p>Pkt 10 Informere pasient og pårørende.</p> <p>Utskrivningsrapport er sendt.</p> <p>Epikrise og legemiddelliste er sendt. Rekvirere transport.</p> <p>Skrive ut pasient når denne forlater avdeling.</p>

6.1. Retningslinje for alle typer innleggelser

Henvisning danner ett av grunnlagene for når en pasient er utskrivningsklar, se pkt. 8.1.

Henviser skal sende elektronisk henvisning iht. [Henvisningsveileder - Helsedirektoratet](#) og skal inneholde:

- Klare problemstillinger som henviser ønsker vurdert, utredet eller behandlet.
- At kommunal behandling er vurdert som ikke tilstrekkelig, herunder bruk av kommunal akutt døgnplass (KAD).
- Funksjonsnivå, evne til egenomsorg og evt. nødvendige hjelpemidler.
- Opplysninger om hvilke kommunale tjenester pasienten mottar.
- Oppdatert legemiddelliste.
- Eventuell allmenfarlig smitte, MRSA-sykdom eller bærertilstand.
- Behov for tolk.
- Behov for fysisk og/eller psykisk tilrettelegging ved innleggelse i Sykehuset Innlandet.
- Der kommunen hjelper pasienter med innleggelse, skal nødvendig dokumentasjon følge med.

Kommunens ansvar

- Innleggelse etter vurdering av lege i primærhelsetjenesten.
- Henvisning skal foreligge.
- Henvisende instans vurderer nødvendig transportmiddel.
- Nødvendige tekniske hjelpemidler som har betydning for behandlingen, skal følge pasienten ved innleggelse. Ved tvil, kontakt sykehuset.
- Informere pårørende om innleggelsen der det er aktuelt.
- Der pasienten har kommunale tjenester, skal kommunen snarest mulig, og senest innen 8 timer etter innleggelse, sende **Innleggelsesrapport** som skal inneholde:
 - Bakgrunn for innleggelse
 - Funksjonsnivå/boforhold/bruk av tekniske-/behandlingshjelpemidler
 - Diagnoser
 - Oppdatert legemiddelliste
 - Hvilke kommunale tjenester pasienten mottar
 - Nærmeste pårørende og eventuelt barn som pårørende
 - Kjent smitte- og bærerstatus
 - Kjent cave
 - Pasienten er vurdert til ikke å være samtykkekompetent for personlig forhold
- **Henvisning/Innleggelsesrapport** skal sendes elektronisk i forkant av innleggelsen når innleggelsen er kjent eller sannsynlig.

Sykehuset Innlandet sitt ansvar

- Innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, lege og pårørende ved behov.
- Sørge for nødvendig transport hvis tekniske hjelpemidlene ikke får plass i samme bil som pasienten.
- I samråd med pasienten, informere pårørende om innleggelsen der det er aktuelt.

6.2. Spesielt for de ulike typene innleggelser

Øyeblikkelig innleggelse

- Ved øyeblikkelig innleggelse skal partnerne konferere muntlig og utveksle nødvendig informasjon.

- AMK kontakter lokal lege og aktuelt sykehus i Sykehuset Innlandet ved alvorlige ulykker og kriser.
- Ved ankomst triageres pasienten i akuttmottak og undersøkes av lege.

Planlagt vurdering/innleggelse

- Ved planlagt vurdering/innleggelse sendes henvisning elektronisk til sykehuset fra lege, sosialtjeneste til divisjon psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jfr helse- og omsorgstjenesteloven [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](#) eller barnevern til divisjon psykisk helsevern, BUP, jf. forskrift <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern/kartlegging-og-utredning-i-helsetjeneste>
- Sykehuset Innlandet vurderer henvisningen og melder tilbake til pasient og henvisende instans om aktuelt behandlingstilbud og frister.
- Sykehuset videresender henvisning internt dersom feilsendt, ikke retur til henvisende instans.

Åpen innleggelse – fri retur

- Pasientens lege i Sykehuset Innlandet avgjør sammen med pasientens fastlege om pasienten kan ha behov for avtale om åpen innleggelse.
- Pasienten får med avtale om **Åpen innleggelse**, vedlegg 3. Avtalen ligger i DIPS.
- Kommunen oppgir nødvendig kontaktopplysninger, og dokumenterer i pasientens journal at avtalen er opprettet.
- «Kritisk informasjon» oppdateres i DIPS, og det spesifiseres i epikrisen at pasienten har avtalen. Informasjonen sendes automatisk med i **Helseopplysninger**.

Ved innleggelse av pasienter med avtale:

- Avdelingen mottar telefon fra pasienten/pårørende, eventuelt fastlege/hjemmesykepleie med ønske om innleggelse.
- Avdelingen gir beskjed til akuttmottaket om at pasienten kommer.
- Ved ankomst triageres pasienten og undersøkes av avdelingens lege.
- Dersom pasienten er medtatt/dårlig skal akuttbehandling og stabilisering skje i akuttmottaket, eventuelt intensivavdeling.

Pasienter som kommer direkte

- Pasienter som henvender seg direkte til Sykehuset Innlandet, skal vurderes av helsepersonell for å sikres nødvendig helsehjelp på riktig nivå.
- Hvis pasienten ikke skal utredes/behandles i sykehuset, informeres pasienten om hvor han/hun kan henvende seg. Sykehuset vurderer om det er nødvendig å kontakte aktuell hjelpeinstans.
- Kontakten med sykehuset journalføres som poliklinisk ø-hjelpskonsultasjon.

7. Samarbeid ved innleggelse

Sykehuset Innlandet skal ikke gi løfter om tjenester eller tilbud på vegne av kommunen.

Sykehuset Innlandet sitt ansvar og varsel til kommunen

- Registrere pleie- og omsorgskommune, **PLO-kommune**. Pasient/pårørende informeres og innhenter samtykke til å utveksle informasjon. Dette dokumenteres i journalen.
- **Melding om innlagt pasient** skal ikke sendes dersom pasienten ikke ønsker/trenger hjelp etter utskrivelse. Dersom ansatte er bekymret for pasientens liv og helse, skal elektronisk melding likevel sendes til fastlege.
- **Helseopplysninger**, som skal sendes innen 24 timer etter innleggelse, eller innen 24 timer etter at behov er oppdaget, jf. forskriften § 8, og skal minimum inneholde følgende:
 - pasientens innleggingsårsak og status
 - antatt utrednings- og behandlingsforløp
 - forventet utskrivningstidspunkt
- Dersom pasientens bolig antas å ikke være egnet ved utskrivning, eller pasienten ikke har bolig, skal varselet også opplyse om dette
- I tillegg:
 - funksjonsnivå
 - antatt behov for hjelpemidler/behandlingshjelpemidler etter utskrivelse
 - familie, barn som pårørende, aktuelle sosiale forhold
 - cave/smitte
- **Helseopplysninger** gjelder som søknad om kommunale tjenester ved utskrivelse.
- Beskrive behov for tekniske hjelpemidler etter utskrivning så raskt som mulig slik at kommunen kan tilrettelegge i hjemmet før pasienten er utskrivningsklar.
- Sykehuset Innlandet rekvirerer under innleggelsen behandlingshjelpemidler og sørger for at disse er tilgjengelig ut fra pasientens individuelle behov på tidspunktet for en utskrivelse (for eksempel insulinpumpe/smertepumpe). Nødvendig opplæring skal være avtalt, og ved behov, gjennomført før utskrivning.

Kommunen sitt ansvar

- Kommunen innleder samarbeidet etter mottatt **Melding om innlagt pasient** og **Helseopplysninger**.
- Kommunen svarer med **Innleggingsrapport** snarest mulig, og senest innen åtte timer, og skal inneholde:
 - bakgrunn for innleggelse
 - funksjonsnivå/boforhold/bruk av tekniske-/behandlingshjelpemidler
 - diagnoser
 - oppdatert legemiddelliste
 - hvilke kommunale tjenester pasienten mottar
 - nærmeste pårørende og eventuelt barn som pårørende
 - kjent smitte- og bærerstatus
 - kjent cave
 - pasienten er vurdert til *ikke* å være samtykkekompetent for personlig forhold
- **Innleggingsrapport** kan sendes i forkant av innleggelsen der den er kjent.
- Forbereder arbeidet med mottak av pasient som skal skrives ut. Ved behov kan det gjennomføres vurderingsbesøk fysisk eller på video.
- Sørge for tilrettelegging, bestilling og utlevering av nødvendige tekniske hjelpemidler, eventuelt avtale henting ved kommunalt hjelpemiddellager. Tilstreber at disse er tilgjengelig for pasienten ved utskrivning.
- Kommunen plikter å legge til rette for at ansatte deltar på opplæring i aktuelle behandlingshjelpemidler så snart som mulig.

8. Samarbeid under innleggelse og om hjemreise

Det skal være kontinuerlig dialog mellom kommunen og Helseforetaket gjennom hele innleggesperioden ved oppdaterte Helseopplysninger og PLO meldinger i forhold til funksjonsnivå og utskrivningstidspunkt. Helseforetaket gir beskjed dersom pasienten likevel ikke trenger kommunal bistand.

Sykehuset Innlandet gir beskjed til pårørende ved overføring mellom avdelinger og andre sykehus/institusjoner.

Kommunen avgjør hvilket tilbud pasienten har behov for, ut fra beskrevet funksjonsnivå, og gir beskjed til sykehuset om dette. Aktuelle tjenesteytere i kommunen involveres for å forberede hjemkomst.

Ved følgende endringer skal oppdatert **PLO meldinger** eller **Helseopplysninger** med aktuell informasjon straks sendes kommunen:

- Endring i helsetilstand og funksjonsnivå som antas å påvirke tjenestene i kommunen og/eller utskrivningstidspunkt.
- Bytte av avdeling/sykehus.
- Ny vurdering av behov for tekniske- og/eller behandlingshjelpemidler.
- Behov for samarbeidsmøte/tverrfaglig møte.
- Dødsfall skal straks meldes til kommune med melding om **Utskrevet pasient**.
- For Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): Vurdere behov for kriseplan i samråd med kommunen.
- Der pasienten er vurdert til ikke å være samtykkekompetent for personlige forhold.

Behandlende enhet ved sykehuset eller kommune, skal ved behov innkalle til samarbeidsmøte med pasient og eventuelt nærmeste pårørende. Begge partnere plikter å stille på kort varsel.

For pasienter med særlig omfattende behov skal planleggingen av utskrivningen starte så tidlig som mulig, og vurdere individuell plan og eventuelt kriseplan.

NAV lokalt skal kontaktes før utskrivelse av pasienter som trenger umiddelbar oppfølging fra NAV (aktuelt hvis pasienten på kort sikt ikke har penger til det mest nødvendige som mat, bolig, nødvendige medisiner eller nødvendige reiseutgifter).

Helsepersonell kan kontakte NAV på tlf 55 55 33 36 tast 2.

Telefonen er åpen på hverdager kl 09-15. Jfr www.nav.no.

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

Sykehuset Innlandet skal, i samarbeid med kommunen, vurdere behovet for veiledning av pasient, nærmeste pårørende og/eller helse- og omsorgspersonell etter utskrivning, og iverksette tiltak i forhold til dette.

9. Samarbeid om utskrivelse

Utskrivning gjennomføres i samarbeid med kommunen. Sykehuset fastsetter endelig dato for når pasienten er utskrivningsklar og gir melding til kommunen. Det skal særlige grunner til for at kommunen skal kunne si nei til å motta pasienten. Helseforetaket kan ikke skrive ut en utskrivningsklar pasient med behov for kommunale tjenester, før kommunen har bekreftet at de kan ta imot pasienten.

For at en pasient er utskrivningsklar skal følgende punkter være besvart:

Helseopplysninger er sendt kommunen innen 24 timer etter innleggelse, og skal minimum inneholde:

- pasientens innleggelsesårsak og status
 - antatt utrednings- og behandlingsforløp
 - forventet utskrivningstidspunkt
 - En pasient er utskrivningsklar når lege eller psykolog, vurderer at pasienten ikke har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#). Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientens journal:
 - Problemstillingen(e) ved innleggelse slik disse var formulert av innleggende lege/akuttmottaket skal være avklart, se pkt. 6.1.
 - Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart.
 - Dersom enkelte spørsmål ikke er avklart, skal dette redegjøres for.
 - Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten.
 - Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert og dokumentert.
 - For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for samtidig poliklinisk eller ambulans behandling i spesialisthelsetjenesten, skal det før pasienten er utskrivningsklar etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.
 - For pasienter i psykisk helsevern, skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, være avsluttet når pasienten skrives ut. Se [Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer](#)
1. Varsle pasient og pårørende om utskrivelse.
 2. Frist for varsling ved **Melding om utskrivningsklar pasient** er tidligst mulig og senest kl. 14.30 alle dager, inkludert helg- og høytidsdager.
 - Sykehuset Innlandet kan sette utklar etter 14.30, men da er kommunen ikke pliktig å svare samme dag.
 - pasienter kan ikke skrives ut på lørdag og søndag når hjelpebehovet er vesentlig endret, eller det må etableres et nytt og omfattende tjenestetilbud, og dette ikke er kjent og varslet før kl. 14.30 på fredag.
 3. Registrere pasienten som utskrivningsklar.
 - Helseforetaket kan ikke skrive ut en utskrivningsklar pasient med behov for kommunale tjenester før kommunen har bekreftet at de kan ta imot pasienten.
 - **Melding om utskrivningsklar pasient** sendes automatisk ved registrering.
 - Ved endringer i pasientens situasjon, skal pasienten avregistreres og kommunen varsles med **PLO melding** eller oppdaterte **Helseopplysninger**.
 - Gi beskjed om spesielle behov for medikamenter utover første virkedag med åpent apotek.

Kommunene sitt ansvar

- Kommunen skal innen fire timer etter mottatt **Melding om utskrivningsklar pasient** gi beskjed om de kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Kommunen skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten så raskt som mulig.
- Dersom kommunen mottar **Melding om utskrivningsklar pasient** etter kl. 14.30, løper kommunens svarfrist fra påfølgende dag kl. 08.00.

- Informere Sykehuset Innlandet om hvor pasienten skal oppholde seg etter utskrivningen.
- Kommunen skal tilstrebe å ta imot, på ettermiddag og helg, pasienter som etter utskrivning har endret tjenestebehov og som kommunen vurderer at de kan gi et forsvarlig tjenestetilbud til.

10. Utskrivning

Pasienten kan skrives ut når (sjekkpunkter):

- Informasjon er gitt pasient/pårørende.
- Kommunen har bekreftet at de kan ta imot pasienten.
- Transport er ordnet.
- Medisiner og forbruksmateriale til og med første virkedag med åpent apotek er sendt med.
- Oppdatert **Utskrivningsrapport** til kommunen er sendt, senest når pasienten drar fra avdelingen.
- Elektronisk epikrise, eller tilsvarende dokumentasjon, samt oppdatert legemiddelliste sendes snarest mulig etter at utskrivning er besluttet og senest innen utskrivningstidspunktet for å sikre at pasienten gis forsvarlig helsehjelp.
- Sluttrapport fra andre faggrupper sendes fortløpende.
- Sykehuset er behjelpelig med bestilling av kontroll hos fastlege når det er behov for rask time og/eller pasienten ikke klarer å følge opp dette selv.
- Nødvendig sykmelding skrives ut med antatt friskmeldingsdato ved kortvarige sykmeldingsbehov inntil ca. 14 dager. Lengre sykefravær håndteres som hovedregel av pasientens fastlege som skal ha informasjon om utstedt sykmelding i epikrise.
- Informasjon fra Helseforetaket om henvisning til andre helseinstitusjoner, skal sendes pasientens fastlege.
- Prøvesvar og utredningsresultater som krever oppfølging og som er ferdig først etter utskrivning, skal som hovedregel meddeles pasienten skriftlig med kopi til henviser eller pasientens fastlege.
- Der hensynet til omsorgsfull hjelp gjør det nødvendig, skal sykehuset påse at prøvesvar med eventuelle kommentarer sendes henviser eller pasientens fastlege, slik at disse kan informere pasienten om prøvesvarene. Det må komme klart fram i epikrisen hvem som har ansvar for hva.
- Sykehuset bruker sjekklister Trygg utskrivning, vedlegg 4.
- Pasienten skrives ut når han/hun forlater avdelingen.

10.1 Transport

Det skal være faglig og etisk forsvarlig å overføre pasient fra Sykehuset Innlandet til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal tas hensyn til pasientens funksjon, alder, avstand til hjemmet og tidspunkt på døgnet når forsvarlighet vurderes.

Utskrivning skal planlegges slik at pasienten ankommer bosted i kommunen senest kl. 21.00. Dersom pasienten ikke vil ankomme bosted innen kl. 21.00, vil pasienten ligge på sykehuset til dagen etter uten kostnad for kommunen.

10.2 Betaling for utskrivningsklar pasient

Kommunen betaler Sykehuset Innlandet for utskrivningsklare pasienter som venter på et kommunalt tjenestetilbud. Partene er enige om at forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (heretter kalt forskriften) gjelder. For pasienter som mottar helsehjelp inntreer betalingsplikten fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i §8 til §10 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten, med de presiseringene som står under. Betalingsplikten inntreer også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 om utskrivningsklar pasient.

- §8 viser til varsling til kommunen om innlagt pasient og helseopplysninger innen 24 timer og skal inneholde

- Forventer helseinstitusjonen at pasienten vil stå uten egnet bolig etter utskrivningen skal varselet opplyse om dette (*pt ikke avklart*).
- Pasientens status
- Antatt forløp
- Forventet utskrivningspunkt
- §9 viser til vilkår for at en pasient er utskrivningsklar
 - 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:
 - Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
 - Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
 - Dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
 - Det skal foreligge klart standpunkt for diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
 - Pasientens samlede funksjonsnivå, endring forut for innleggelse, 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 helseinstitusjonen omfattet av spesialisthelsetjenesteloven, 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.
- §10 varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient
 - Når en pasient er definert som utskrivningsklar jf §9, skal helseinstitusjonen omfattet av spesialisthelsetjenesteloven straks varsle kommunen.
 - Kommunen har mottatt melding om utskrivningsklar pasient innen 14.30, alle dager.
 - Mottar kommunen varsel om utskrivningsklar pasienten etter kl. 14.30, inntre kommunens betalingsplikt fra og med neste dag.
 - Betalingsplikten utsettes ikke, dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten neste dag på grunn av manglende kapasitet.
 - Dersom det må etableres et nytt og omfattende tjenestetilbud til pasient som meldes utskrivningsklar pasient lørdag eller søndag, og dette ikke er kjent og varslet før kl. 14.30 på fredag, inntre kommunens betalingsplikt fra mandag.

Betalingsplikten opphører fra og med det døgnet kommunen tar imot pasienten.

Ved utsatt utskrivning, opphører betalingsplikt frem til ny melding om utskrivningsklar pasient foreligger.

11. Særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling

Tilbakemelding og vurdering på poliklinisk behandling, dagbehandling og ambulant behandling, sendes fastlege og henviser med elektronisk meldingsutveksling.

Ved poliklinisk behandling over lengre tid, skal henvisende instans holdes informert om utvikling i behandlingen, herunder særlig medisinendringer.

Hvis det haster med tilbakemelding til kommunen etter en poliklinisk vurdering, sendes epikrise/poliklinisk notat umiddelbart.

Prøvesvar og utredningsresultater som krever oppfølging, meddeles pasienten skriftlig med kopi til henviser. Der hensynet til omsorgsfull hjelp gjør det nødvendig, skal sykehuset påse at prøvesvar med eventuelle kommentarer sendes henviser og/eller pasientens fastlege, slik at disse kan informere pasienten om prøvesvarene. Det må komme klart fram i epikrise hvem som har ansvar for hva.

Hvis pasienten trenger utredning eller behandling ved en annen avdeling i spesialisthelsetjenesten enn der oppholdet har vært, henviser Sykehuset Innlandet til denne. Informasjon om henvisning skal inngå i epikrise/annen helsefaglig dokumentasjon.

Når en pasient etter vurdering og/eller behandling i akuttmottak/akuttavdeling sendes hjem (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 poliklinisk notat til henviser, pasientens fastlege og pasienten.

Vedlegg

VEDLEGG 1: Avtale ved behov for følgeperson fra kommunen

<https://kvalitet.sykehuset-innlandet.no/docs/pub/dok48002.pdf>

VEDLEGG 2: Refusjonsskjema for utgifter til følgepersonell

<https://kvalitet.sykehuset-innlandet.no/docs/pub/dok48003.pdf>

VEDLEGG 3: Åpen innleggelse

Navn pasient	Født
Avdeling	Tlf.nr avdeling
Ansvarlig sykepleier i Sykehuset Innlandet	
Ansvarlig lege i Sykehuset Innlandet	
Fastlege	Tlf.nr fastlege

Når du nå skal utskrives fra vår avdeling håper vi at du skal ha det såpass bra at du synes det er godt å være hjemme.

Skulle situasjonen bli vanskelig for deg, skal du eller din familie kontakte din fastlege eller eventuelt hjemmesykepleier i din hjemstedskommune. Kanskje de kan legge forholdene bedre til rette slik at du kan være lenger hjemme, eller de tar kontakt med sykehuset for innleggelse.

Hvis de ikke er tilgjengelige, kan du eller din familie ta direkte kontakt med oss på avdelingen. Hvis situasjonen er slik at du trenger innleggelse kan det avtales direkte. Når du ankommer sykehuset, møter du i akuttmottaket. Avtalen vurderes fortløpende.

Vennlig hilsen

Lege

VEDLEGG 4: Sjekklister Trygg utskriving

Somatikk: <https://kvalitet.sykehuset-innlandet.no/docs/pub/dok50531.pdf>

Psykisk helsevern: <https://kvalitet.sykehuset-innlandet.no/docs/pub/dok50532.pdf>