

Utredning av ønsket innretning av utskrivningsprosessen

Vurderinger og anbefalinger

Rapport
IS-3014



Innhold

Innhold	2
Forord	4
Sammendrag	6
1. Innledning	10
1.1. Bakgrunn for oppdraget	11
1.2. Omfanget av utskrivinger fra norske sykehus	12
1.3. Kravene til en god utskrivningsprosess	13
1.4. De ulike fasene i utskrivningsprosessen	14
1.5. Virkemidler for å forbedre utskrivningsprosessen	14
1.6. Forståelse og avgrensing av oppdraget	15
1.7. Metode og prosess i utredningen	15
2. Utfordringer og målsetninger i utskrivningsprosessen	18
2.1. Innledning	19
2.2. Oversikt over hovedutfordringer og hovedmålsetninger	20
2.3. Før innleggelse på sykehus	22
2.4. Under oppholdet på sykehus	25
2.5. Ved utskrivning fra sykehus	28
2.6. Etter utskrivning fra sykehus	32
2.7. Utfordringer felles for hele utskrivningsprosessen	34
3. Virkemidler for å forbedre utskrivningsprosessen	40
3.1. Innledning	41
3.2. Oversikt over vurderte virkemidler	42
3.3. Styringsinformasjon	44
3.4. Digitale forutsetninger	49
3.5. Finansiering	52
3.6. Lovverk	58
3.7. Faglige råd og veiledning	61
3.8. Pedagogiske virkemidler	66
3.9. Andre virkemidler	71

4. Samlet vurdering og prioritering av virkemidler	76
4.1. Innledning	77
4.2. Vurderte tiltak med høy prioritet	77
4.3. Pågående arbeid som bør videreføres	79
4.4. Vurderte tiltak med lavere prioritet	81
5. Oppsummering	84
5.1. Hovedfunnene i utredningen	85
5.2. Oppsummering av vurderte tiltak med høy prioritet	85
5.3. Oppsummering av pågående tiltak som bør videreføres	86
5.4. Oppsummering av vurderte tiltak med lavere prioritet	86
Vedlegg	88
Vedlegg 1. Medlemmer av ekstern arbeidsgruppe	89
Vedlegg 2. Gjennomførte møter i utredningen	90
Vedlegg 3. Bakgrunnsinformasjon fra Norsk pasientregister	91
Vedlegg 4. Vurderte virkemidler i ulike utskrivningsfaser	100
Vedlegg 5. Sammenheng mellom målsetninger og virkemidler	103
Vedlegg 6. Definisjoner, begreper og forkortelser	108

Forord

Helsedirektoratet har i tilknytning til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede hva som er ønsket innretning av utskrivningsprosessen. Arbeidet er utført i samråd med representanter fra brukere, helsetjenesten og Direktoratet for e-helse og har trukket veksel på erfaringer fra sykehus og kommuner som har etablert gode pasientforløp.

En god utskrivningsprosess kjennetegnes ved en sammenhengende behandlingkjede fra før pasienten kommer til sykehus til etter at pasienten er utskrevet. Pasienter og pårørende bør oppleve en trygg prosess hvor de har mulighet til å medvirke og vet hvilket tilbud som venter etter utskrivning. For å få til dette må helsepersonell arbeide koordinert i et godt samarbeid mellom kommuner og sykehus.

Tidligere undersøkelser har avdekket mange utfordringer knyttet til utskrivningsprosessen. Denne utredningen har tatt sikte på å kartlegge de viktigste utfordringene, fastsette målsetninger og anbefale tiltak for forbedring. Virkemidlene omfatter endringer av nasjonale rammevilkår for helsetjenesten innenfor kategoriene styringsinformasjon, digitale forutsetninger, finansiering, lovverk, faglige råd og veiledning samt pedagogiske virkemidler.

Utredningen og arbeidet med å forankre foreslåtte tiltak har vært omfattende med mange virksomheter og fagpersoner involvert. Helsedirektoratet retter en stor takk til alle medvirkende for gode forslag og innspill.

Johan Georg Røstad Torgersen
Divisjonsdirektør kvalitet og forløp, Helsedirektoratet

Sammendrag

Bakgrunn

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede hva som er ønsket innretning av utskrivningsprosessen, og komme med forslag til forbedringer som vil gjelde for alle pasientgrupper og hele landet. Direktoratet er bedt om å vurdere endringer i nasjonale rammevilkår for helsetjenesten.

Oppdraget er den del av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP 2020-2023) som overordnet skal bidra til å utvikle helsetjenesten gjennom bedre samhandling. I planen inngår at sykehus og kommuner møtes som likeverdige partnere i helsefelleskapene, og sammen med pasient, brukere og pårørende utvikler helsehjelpen. Denne utredningen har mange tilstøtende arbeider som tar sikte på å oppnå bedre involvering av pasienter, brukere og pårørende.

Utfordringer knyttet til utskrivningsprosessen

Det er tidligere beskrevet mange utfordringer knyttet til utskrivningsprosessen, både fra helsetjenesten, pasienter, brukere og pårørende, samt fra Riksrevisjonen og Statens helsetilsyn.

Tilbakemeldingene omhandler flere hovedutfordringer:

- Mangelfull involvering og medvirkning av pasienter, brukere og pårørende
- Ikke god nok samhandling mellom sykehus og kommuner, spesielt knyttet til informasjonsutveksling og omforent forståelse av roller, ansvar og oppgaver
- Helsepersonell mangler kjennskap til og oversikt over helsetilbud på tvers av tjenestenivåene
- Utfordringer knyttet til ledelse og virksomhetsstyring
- Mangelfull etterlevelse blant helsepersonell av gjeldende avtaler, regelverk, rutiner og prosedyrer tilknyttet utskrivningsprosessen
- Problemer med at pasienter blir skrevet ut for tidlig uten tilbud om nødvendig oppfølging
- Unødvendige innleggelses og reinnleggelses på sykehus
- Problemer med at pasienter blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare
- Forsinkede pasientreiser ved utskrivning fra sykehus
- Manglende felles funksjonsvurdering av pasienter på sykehus og i kommuner
- Manglende tilgjengelig og oppdatert legemiddelliste
- Gjennomgående for mye fokus på pasientens sykdom og begrensninger, og for lite fokus på pasientens ressurser, aktivitets- og arbeidsdimensjon

Anbefalte tiltak for å forbedre utskrivningsprosessen

Utredningen har kartlagt utfordringer knyttet til utskrivningsprosessen ut fra en modell som beskriver problemene i ulike faser av et pasientforløp. På bakgrunn av utfordringene er det satt målsetninger for hva som er ønskelig å oppnå i de ulike fasene.

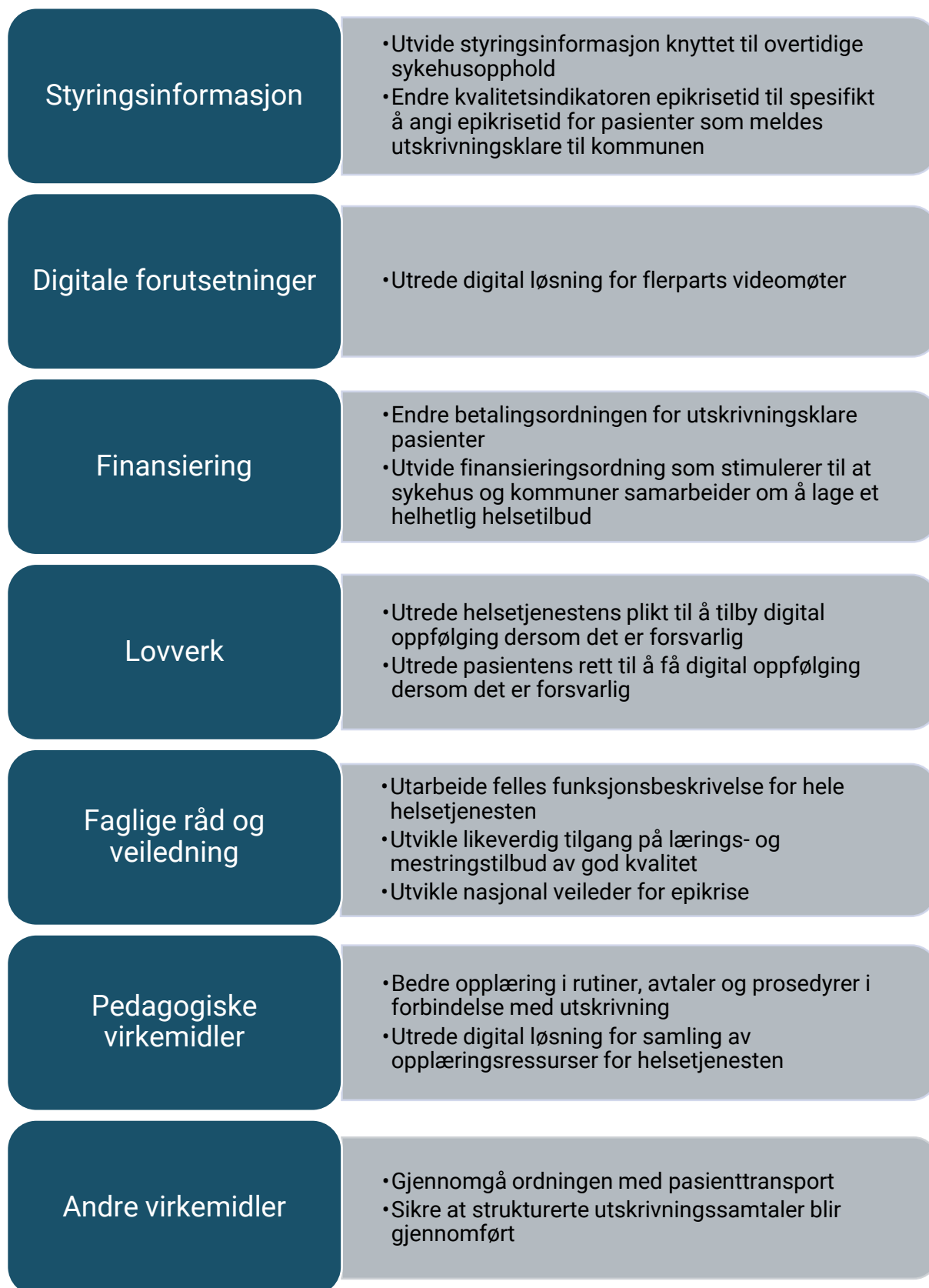
Det er foreslått ulike tiltak for å forbedre prosessen innenfor virkemidlene styringsinformasjon, digitale forutsetninger, finansiering, lovverk, faglige råd og veiledning, pedagogiske virkemidler og andre virkemidler. De ulike forslagene er vurdert i forhold til potensielle fordeler og ulemper for involverte parter. Mange av de kartlagte utfordringene skyldes at nasjonale verktøy for utskrivningsprosessen ikke er kjent eller brukes feil i helsetjenesten. Det å oppnå bedre implementering av eksisterende verktøy kan derfor være like viktig som å opprette nye tiltak.

Utredningen har vist at mange av utfordringene, målsetningene og virkemidlene er tett knyttet til hverandre i den forstand at de delvis overlapper og internt påvirker hverandre. I rapporten er det synliggjort sammenhengen mellom målsetninger og virkemidler, slik at det fremgår hvilke virkemidler som kan benyttes til å nå målene innenfor de ulike fasene av utskrivningsprosessen. Forslagene er prioritert og det er tydelig fremstilt på hvilke områder det pågår tiltak for forbedring.

Utredningen konkluderer med ulike høyt prioriterte tiltak for å forbedre utskrivningsprosessen, disse er angitt i Figur 1 på neste side og er oppsummert:

- Utvide styringsinformasjon knyttet til overtidige sykehusopphold, det vil si når pasienter blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare
- Endre kvalitetsindikatoren epikrisetid til spesifikt å angi epikrisetid for utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter sykehusoppholdet
- Utrede digital løsning for flerparts videomøter
- Endre betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter
- Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
- Utrede helsetjenestens plikt til å tilby digital oppfølging dersom det er forsvarlig
- Utrede pasientens rett til å få digital oppfølging dersom det er forsvarlig
- Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten
- Utvikle likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet
- Bedre opplæring i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivningsprosessen
- Utrede digital løsning for samling av opplæringsressurser for helsetjenesten
- Utvikle nasjonal veileder for epikrise
- Gjennomgå ordningen med pasienttransport
- Sikre at strukturerte utskrivningssamtaler blir gjennomført

Arbeidet har i tillegg samlet opplysninger om pågående arbeid knyttet til å forbedre utskrivningsprosessen (se Figur 5 på side 80), og vurdert andre tiltak som ut fra en totalvurdering har lavere prioritet (Se Figur 6 på side 82).



Figur 1: Oversikt over tiltak med høy prioritet for å forbedre utskrivningsprosessen.

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for oppdraget

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er Helsedirektoratet bedt om å utrede hva som er ønsket innretning på utskrivningsprosessen, oppdragsteksten er gjengitt i rammen under.^{1,2}

"Helsedirektoratet gis i oppdrag å utrede hva som er ønsket innretning av utskrivningsprosessen og basert på dette foreslå eventuelle endringer i nasjonale rammevilkår, herunder forskrift om utskrivningsklare pasienter, relevant veileder, styringsinformasjon, finansieringsordninger og digitale forutsetninger.

Utredningen skal gjøres i samråd med KS og Oslo kommune, RHF og Direktoratet for e-helse, og trekke veksler på erfaring fra sykehus og kommuner som har etablert gode utskrivningsprosesser og pasientforløp.

Forslag til endringer skal ikke endre ansvarsdelingen mellom sykehus og kommuner, ikke medføre behov for overføring av budsjettmidler mellom nivåene og implementering skal håndteres innenfor gjeldende budsjettammer.

Det skal legges til grunn som en uttalt målsetting at endringene ikke skal medføre flere liggedager."

Sentralt i arbeidet med NHSP 2020-2023 er utvikling av helsefelleskapene og helsetjenesten til de fire angitte målgruppene barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer samt skrøpelige eldre. Arbeidet henger sammen med regjeringens kvalitetsreform "Leve hele livet" som skal gi eldre bedre hjelp og støtte til å mestre livet.³

Bakgrunnen for oppdraget er tidligere kartlagte utfordringer knyttet til utskrivningsprosessen som er beskrevet av mange ulike aktører, både fra helsetjenesten, pasienter, brukere og pårørende, samt fra Riksrevisjonen og Statens helsetilsyn.

I denne rapporten gjøres det rede for sentrale kriterier for en god utskrivningsprosess i de ulike fasene av pasientforløpet fra før pasienten blir innlagt på sykehus til etter utskrivning. Utredningen omhandler en beskrivelse av viktige forbedringsområder og målsetninger knyttet til de ulike fasene, deretter en prioritering mellom de ulike virkemidlene.

¹ [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#)

² [Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. Nye spesielle oppdrag 2019](#)

³ [Leve hele livet - regjeringen.no](#)

1.2. Omfanget av utskrivinger fra norske sykehus

I forbindelse med utredningen er det samlet opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR) fra de to siste årene (2019-2020) omkring utskriving av pasienter fra norske sykehus. Det er kartlagt antall pasienter registrert innlagt på døgnopphold på sykehus, og andelen av disse som ble meldt utskrivningsklare til kommunen.

Totalt var det 1.827.853 utskrivinger fra døgnopphold på sykehus i perioden 2019-2020, fordelt på 990.527 personer. Fordelingen innenfor ulike fagområder var 92,4 % innenfor somatikk, 5,9 % psykisk helsevern voksne, 1,4 % tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 0,3 % psykisk helsevern barn og unge. I alle de fire regionale helseforetakene utgjorde somatiske pasienter over 91 % av utskrivningene.

Andelen pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunen utgjorde i 2019-2020 rundt 10 % av totalt antall utskrivinger fra sykehus i alle helseregioner. Andelen pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunen varierte mellom ulike fagfelt, andelen var 10,0 % for somatikk, 14,4 % for psykisk helsevern voksne, 9,9 % for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 1,1 % for psykisk helsevern for barn og unge.

Melding om utskrivningsklar pasient ble sendt fra sykehus til kommune på dagtid (klokken 08:00-16:00) i 94,9 % tilfellene, 2,6 % ble sendt kveld (klokken 16:01-23:59) og 2,5 % natt (klokken 00:00-07:59).

Avmelding av utskrivningsklar pasient forekom i 6,1 % av de meldte tilfellene, mens dødsfall blant pasienter som var meldt utskrivningsklare forekom i 0,5 % av tilfellene.

Andelen pasienter som var registrert utskrevet fra sykehus om natten (klokken 00:00-07:59) var for alle utskrivinger 1,6 %, tilsvarende andel for pasienter som ble meldt utskrivningsklar til kommunen var 0,4 %.

Andelen som ble utskrevet fra sykehus innen 24 timer etter at de var meldt utskrivningsklar var samlet sett 90,4 %, mens 98,7 % var utskrevet innen sju dager og 99,8 % var utskrevet innen 30 dager. Andelen utskrevet innen 24 timer varierte mellom ulike helseregioner og fagfelt.

Opplysningene innhentet fra NPR er presentert i Vedlegg 3.

1.3. Kravene til en god utskrivningsprosess

En god utskrivningsprosess kjennetegnes ved at pasient og pårørende opplever et sammenhengende og helhetlig pasientforløp fra før pasienten kommer inn på sykehus til etter at pasienten er utskrevet. De ulike elementene i prosessen bør ikke framstå som enkeltstående og løsrevne tiltak, men være en del av en koordinert og samlet behandlingsskjede. I helsetjenesten vil mange ulike helsepersonellgrupper bidra inn i arbeidet og fastlegen har en helt sentral rolle i koordinering, samhandling og involvering av pasient og pårørende. Det bør være kontinuerlig fokus på at pasientene til enhver tid har riktig tjenestenivå, og prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå bør være gjennomgående for hele prosessen.

Det er et ledelsesansvar å sikre at utskrivningsprosessen blir integrert i virksomhetens styringssystemer.⁴ Det er ønskelig å oppnå en ensartet praksis og felles tilnærming mellom helseregioner, de enkelte helseforetak og mellom sykehuset og kommunen. Riksrevisjonen og Statens helsetilsyn har undersøkt utskrivningsprosessen og pekt på sentrale forbedringsområder.^{5,6,7,8}

For utskrivningsprosessen er dette overordnede målsetninger:

- Pasienter og pårørende involveres og medvirker i egen helsehjelp gjennom hele forløpet
- Samhandlingen mellom sykehus og kommuner fungerer godt, spesielt knyttet til informasjonsutveksling og omforent forståelse av roller, ansvar og oppgaver
- Ledelse og virksomhetsstyring av helsetjenesten er formålstjenlig
- Helsepersonell kjenner til og etterlever gjeldende avtaler, regelverk, rutiner og prosedyrer knyttet til utskrivningsprosessen
- Unødvendige innleggelse og reinnleggelse på sykehus unngås
- Pasienter skrives ut til rett tid og blir ikke liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare
- Pasientreiser ved utskrivning fra sykehus foregår til rett tid og med riktig type transport
- Hele helsetjenesten har en felles funksjonsvurdering av pasientene
- Hele helsetjenesten har tilgang på tilgjengelig og oppdatert legemiddelliste

Det har de siste årene vært arbeidet med ulike prosjekter for å forbedre utskrivningsprosessen, et eksempel er den nasjonale tiltakspakken "Trygg utskrivning" fra Pasientsikkerhetsprogrammet hvor strukturert utskrivningssamtale er trukket frem som et sentralt virkemiddel.⁹ Folkehelseinstituttet har samarbeidet med kommuner og helseforetak om å utvikle gode, helhetlige og funksjonsbaserte pasientforløp.¹⁰ Det er etablert ulike lokale tiltak for å sikre trygge overganger mellom sykehus og kommune, for eksempel læringsnettverk og utvikling av lokale rutiner.

⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

⁵ Riksrevisjonens rapport om ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten. Dokument 3:5 (2015-2016)

⁶ Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten 2017-18.

⁷ Helsetilsynets rapport: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016

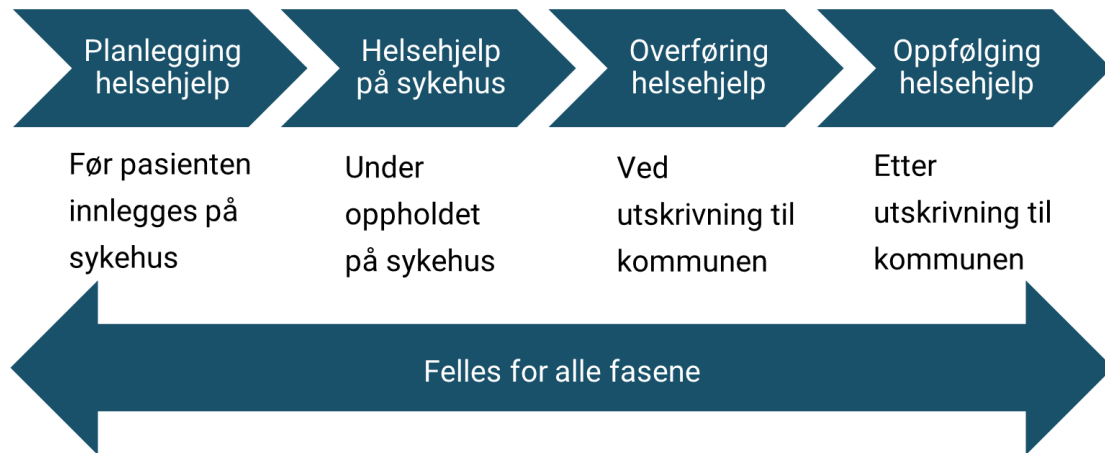
⁸ Helsetilsynets rapport: Hvordan gikk det med de utskrivningsklare? 2012

⁹ Trygg utskrivning - Pasientsikkerhetsprogrammet

¹⁰ Gode pasientforløp - FHI

1.4. De ulike fasene i utskrivningsprosessen

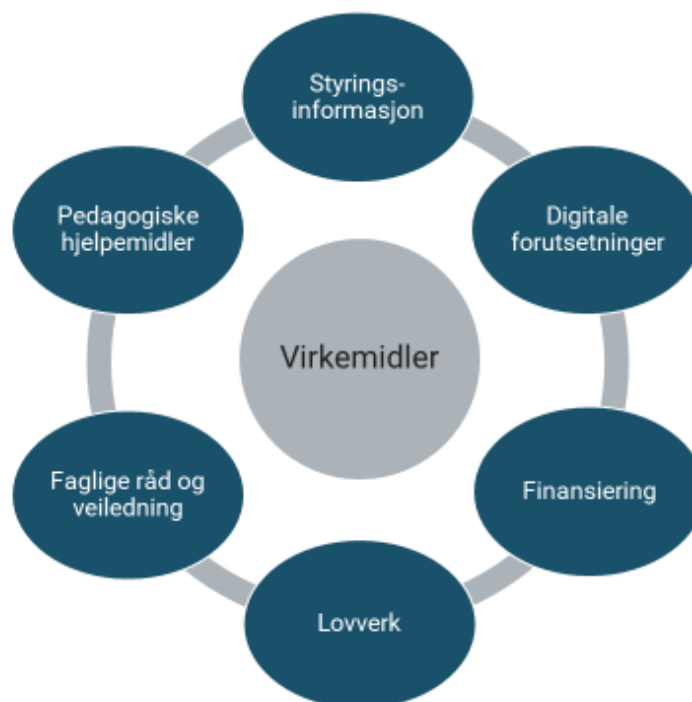
Utredningen omhandler de ulike fasene i utskrivningsprosessen som omfatter et helt pasientforløp fra før pasienten kommer til sykehuset til etter utskrivning (se Figur 2). Modellen kan brukes for alle pasienter, med eller uten behov for videre oppfølging i kommunen etter utskrivning.



Figur 2: Oversikt over de viktigste fasene i et pasientforløp knyttet til utskrivningsprosessen.

1.5. Virkemidler for å forbedre utskrivningsprosessen

Aktuelle nasjonale rammevilkår for å forbedre utskrivningsprosessen fremgår av Figur 3. Det er viktig å se virkemidlene i sammenheng og eventuelt kombinere disse for å oppnå forbedring.



Figur 3: Oversikt over nasjonale rammevilkår som er vurdert for å forbedre utskrivningsprosessen.

1.6. Forståelse og avgrensing av oppdraget

Helsedirektoratet har lagt til grunn at utredningen omhandler utskrivning av pasienter som har vært innlagt på døgnopphold på sykehus. Arbeidet som er utført omfatter ikke dagbehandling eller poliklinisk behandling på sykehus som vil ha lignende utfordringer.

Utredningen er generisk innrettet. Det vil si at utfordringene, målsetningene og virkemidlene som beskrives vil kunne gjelde for alle pasientkategorier uavhengig av alder, medisinsk fagfelt og type innleggelse (planlagt og akutt, frivillig og tvang), og uavhengig av om pasientene har behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Direktoratet ser at det kan være gunstig å tilrettelegge utskrivningsprosessen for enkelte pasientgrupper som har særskilt behov, dette omfattes imidlertid ikke av utredningen. Direktoratet erkjenner at utfordringer og løsninger som presenteres ikke ivaretar alle pasientforløp, pasientgrupper og individuelle behov.

Arbeidet har fokusert på nasjonale rammevilkår for helsetjenesten, og utredningen omhandler derfor ikke regionale eller lokale tiltak. Direktoratet er kjent med at det pågår mye godt arbeid med å forbedre utskrivningsprosessen i helsetjenesten både regionalt og lokalt. Det pågår også forskning innen fagfeltet i Norge.

Hovedfokus for utredningen er utfordringer knyttet til overganger mellom sykehuset og kommunen. I utskrivningsprosessen vil de ulike tjenestenivåene ha forskjellige utfordringer, behov og muligheter. Det er i arbeidet lagt vekt på behovet for god gjensidig kunnskap om hverandre og likeverdighet mellom tjenestenivåene som vil være avgjørende for god samhandling. Arbeidet omhandler derfor i liten grad overføring av pasienter mellom sykehus, eller forhold innad i et sykehus eller i en kommune.

I rapporten omtales for enkelhets skyld spesialisthelsetjenesten som sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste som kommune. Sykehusopphold som innebærer at pasienter blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare blir i rapporten beskrevet som overtidige sykehusopphold. Begrepet omfatter pasienter som blir meldt som utskrivningsklare til kommunen, og andre pasienter som av ulike grunner blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare.

1.7. Metode og prosess i utredningen

Det er i utredningen lagt vekt på en kunnskapsbasert tilnærming, det vil si at den bygger på forskning, erfarings- og brukerkunnskap.¹¹ Hovedmålsetninger har vært å sikre god kvalitet på tjenestene, riktige prioriteringer og helhetlige pasientforløp, samt å løse samhandlingsutfordringer og hindre uønsket variasjon. Arbeidet har forsøkt å ta høyde for fremtidig utvikling av helsetjenesten, og er gjennomført etter prinsippene i utredningsinstruksen.¹²

¹¹ [Kunnskapsbasert praksis - Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no)

¹² [Utredningsinstruksen - regjeringen.no](https://regjeringen.no)

Utredningen har vært omfattende og omhandler en rekke utfordringer og foreslåtte virkemidler. Det har kommet frem mange forslag til forbedring, og det er kartlagt mye pågående arbeid. Denne rapporten gir en samlet oversikt over målsetninger og vurdering av mange ulike virkemidler, og inneholder både anbefalinger som er unike for denne utredningen og anbefalinger knyttet til allerede pågående arbeid. Siden forbedringsforslagene er mange og til dels veldig ulike, er ikke alle fordeler, ulemper og konsekvenser av forslagene utredet som for eksempel økonomiske eller administrative konsekvenser. Forslagene presenteres på et overordnet nivå uten å angi detaljer om når og hvordan de skal gjennomføres og hvem som bør involveres. Før forslagene besluttes gjennomført bør de derfor nærmere utredes, en slik utredning kan føre til en endring i hvordan virkemidlene totalt sett vurderes.

Det er i arbeidet innhentet relevant bakgrunnsinformasjon fra Norge og andre land, herunder opplysninger fra gjennomførte nasjonale brukererfæringsundersøkelser tilknyttet utskrivningsprosessen som Folkehelseinstituttet jevnlig gjennomfører på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.¹³

I utredningen er det lagt vekt på erfaringer fra helsetjenesten tilknyttet sykehus og kommuner, og tilbakemeldinger både fra helsepersonell og ledere i tjenesten. Det er innhentet kompetanse og erfaring fra ulike helsepersonellgrupper og fagfelt. Arbeidet har involvert brukere, relevante fagorganisasjoner og Direktoratet for e-helse.

Arbeidet har dratt nytte av erfaringer med å etablere gode pasientforløp i helsetjenesten, for eksempel etablering av læringsnettverk og satsningen rundt helhetlige pasientforløp i hjemmet.^{14,15} Sentralt i arbeidet står medvirkning av pasient, brukere og pårørende og pågående prosjekter på dette området som "Hva er viktig for deg?", "Brukeren først" og "Effekt helt ut".^{16,17}

I noen utstrekning er det innhentet bakgrunnsinformasjon fra helsemyndigheter i andre land og forskningsresultater knyttet til utskrivningsprosessen. I arbeidet er det samlet opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR) som er presentert i Vedlegg 3.

I prosessen har det vært løpende dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om forståelsen og utførelsen av oppdraget.

Direktoratet opprettet en bredt sammensatt ekstern arbeidsgruppe som har bidratt vesentlig i arbeidet, sammensetningen av denne fremgår av Vedlegg 1. Innholdet i utredningen og anbefalingene som følger av denne er godt forankret i arbeidsgruppen.

Direktoratet har lagt frem hovedpunktene i arbeidet for referansegruppen til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, og derved fått nyttige innspill til utredningen.

¹³ [Publikasjoner fra Folkehelseinstituttet om innhentede pasienterfæringer](#)

¹⁴ [Hva er et læringsnettverk? - FHI](#)

¹⁵ [Helhetlig pasientforløp i hjemmet - FHI](#)

¹⁶ [Hva er viktig for deg? - En retningsendring - FHI](#)

¹⁷ [Strategiens fire utviklingsområder - Helsedirektoratet](#)

2. utfordringer og målsetninger i utskrivningsprosessen

2.1. Innledning

Grunnlaget for en god utskrivningsprosess legges allerede i forbindelse med henvisning til sykehus og videreføres i kommunen etter utskrivning. For å kartlegge ønsket innretning av utskrivningsprosessen har utredningen tatt utgangspunkt i et pasientforløp og beskrevet utfordringer og målsetninger i de ulike tidsfasene.

Utfordringene som er beskrevet er i dette kapitlet hovedsakelig inndelt etter hvilken fase av utskrivningsprosessen som omhandles i denne rekkefølgen:

- Før innleggelse på sykehus
- Under oppholdet på sykehuset
- Ved utskrivning fra sykehus
- Etter utskrivning fra sykehus
- Utfordringer felles for hele pasientforløpet

Innenfor hver av utskrivningsfasene er det kartlagt utfordringer og fastsatt målsetninger, for helhetens skyld er også tidligere beskrevne utfordringer og målsetninger tatt med.

For hver av fasene er følgende hovedpunkter satt opp:

- Hva er hovedutfordringene?
- Hva er hovedmålsetningene?

I dette kapitlet presenteres de ulike utfordringene og målsetningene i utskrivningsprosessen, først en samlet oversikt og deretter en detaljert vurdering av hvert enkelt av dem.

2.2. Oversikt over hovedutfordringer og hovedmålsetninger

Tabellen under gir en oversikt over hovedutfordringer knyttet til utskrivningsprosessen og hvordan disse er koblet til de ulike fasene i prosessen.

Fase i utskrivningsprosessen	Beskrivelse av hovedutfordringer
Før innleggelse på sykehus	Mangelfullt innhold i henvisningene
	Ikke god nok kommunikasjon og samhandling før innleggelse
	Unødvendige innleggelser på sykehus
Under oppholdet på sykehuset	Ikke god nok kommunikasjon og samhandling under sykehusoppholdet
	Unøyaktige angivelser av når pasienten er utskrivningsklar
	Mangelfull formidling av pasientens behov etter utskrivning
Ved utskrivning fra sykehus	Ikke god nok informasjon til pasient og pårørende ved utskrivning
	Ikke god nok informasjon til mottaker av pasienten ved utskrivning
	Mangelfullt innhold i epikrisene
	Overtidige sykehusopphold
	Pasienttransport som er ugunstig for pasient og helsetjeneste
Etter utskrivning fra sykehus	Uklar fordeling av ansvar, oppgaver og roller etter utskrivning
	Ikke god nok faglige råd og veiledning av helsepersonell
Felles for hele utskrivningsprosessen	Mangelfull pasient- og brukervedvirkning
	Mangelfull pasient- og brukeropplæring
	Arbeidsverktøy som sikrer samarbeid er lite tilgjengelig
	Ikke god nok informasjonsflyt mellom berørte parter
	Mangelfull opplæring i og etterlevelse av avtaler og prosedyrer
	Mangelfull oversikt over og kjennskap til helsetjenester i kommuner og helseforetak
	En oppdatert legemiddelliste er ikke alltid tilgjengelig
	Helsepersonell mangler felles funksjonsbeskrivelse

Tabell 1: Oppsummering av hovedutfordringer knyttet til utskrivningsprosessen.

Tabellen under gir en oversikt over hovedmålsetninger knyttet til utskrivningsprosessen og hvordan disse er koblet til de ulike fasene i prosessen.

Fase i utskrivningsprosessen	Beskrivelse av hovedmålsetninger
Før innleggelse på sykehus	Pasienten får til enhver tid helsetjenester fra rett tjenestenivå
	Sykehuset har ved innleggelse tilgang til nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand, ønsker og behov
	Det finnes gode samhandlingsrutiner for innleggelser som er kjent og brukes av helsepersonell
Under oppholdet på sykehuset	Sykehuset og kommunen samarbeider godt om å planlegge utskrivning og oppfølging i etterkant av innleggelsen
	Sykehuset formidler tidlig til kommunen at pasienten er utskrivningsklar og kan gi en nøyaktig tidsangivelse for dette
	Sykehuset formidler på en god måte til kommunen hva som er pasientens behov etter utskrivning
Ved utskrivning fra sykehus	God nok informasjon til pasient og pårørende ved utskrivning
	Kommunen har ved utskrivning tilgang til nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand, ønsker og behov
	Pasienter som er utskrivningsklare blir ikke liggende overtidig på sykehus i påvente av transport eller tilbud i kommunen
	Epikrisene sendes raskt etter utskrivning og formidler klart hva som er plan for videre oppfølging
	Pasienttransport planlegges og gjennomføres på en trygg og forutsigbar måte
Etter utskrivning fra sykehus	Kommunen får ved behov nødvendige faglige råd og veiledning fra sykehuset til å overta ansvaret for pasienter med sammensatte behov
	Det er tydelig for alle involverte hva som er kommunens og sykehusets roller, oppgaver og ansvar etter utskrivning
Felles for hele utskrivningsprosessen	Pasient og brukere medvirker på en god måte i egen helsehjelp
	Pasient og brukere får nødvendig opplæring
	En nasjonal løsning for samling av arbeidsverktøy tilknyttet utskrivningsprosessen vurderes
	En sikker digital løsning for møte mellom sykehus, kommuner, pasienter og pårørende vurderes
	Helsepersonell får opplæring i og etterlever avtaler og prosedyrer
	Det er for helsepersonell, pasienter og pårørende lett å finne oversikt over helsetjenester i kommuner og helseforetak
	Legemiddelliste er alltid oppdatert og tilgjengelig for helsepersonell
	Sykehus og kommuner har felles funksjonsbeskrivelse

Tabell 2: Oppsummering av hovedmålsetninger knyttet til utskrivningsprosessen.

2.3. Før innleggelse på sykehus

Før innleggelse på sykehus er det avgjørende at henvisningene som sendes fra henvisende helsepersonell gir et godt grunnlag for sykehuset til å vurdere om pasienten skal tilbys helsehjelp og eventuelt når, hvor og hvordan hjelpen best kan ytes. Dette krever en god informasjonsutveksling og samhandling mellom de to tjenestenivåene som kan være utfordrende. For pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester bør kommunen formidle pasientens helsetilstand på en god måte og hva som er pasientens ønsker og behov. Ved godt planlagt og koordinert arbeid kan unødvendige innleggelser unngås.

2.3.1. Mangelfullt innhold i henvisningene

I henvisningen bør henvisende helsepersonell formidle nødvendige opplysninger om pasientens helsetilstand, ønsker og behov til sykehuset. Innholdet i henvisningen må tilpasses den enkelte pasient og hvilke opplysninger som er relevante. Tidlig involvering av sykehuset allerede i forbindelse med arbeidet med henvisningen kan bidra til at både tjenestene og pasienten er så godt som mulig forberedt på innleggelsen. Pasientens helhetlige behov og ønsker kan ikke alltid klarlegges fullstendig før innleggelse, og for en del pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp vil det ikke foreligge noen formell henvisning.

For å sikre henvisningenes innhold har Helsedirektoratet utgitt en henvisingsveileder.¹⁸ Det er også utviklet en ny digital standard for henvisning (Henvisning v. 2.0) som er mer strukturert og har funksjonalitet som Viderehenvisning og Status for henvisning, innføring av denne meldingen pågår.¹⁹ Riksrevisjonen har pekt på at det er ulike oppfatninger av hva som er relevant og nødvendig informasjon i henvisningene mellom fastleger og sykehusleger.²⁰

Utfordringer

- Helsepersonell både i kommuner og på sykehus har ikke alltid tilgang til pasienten sin journal når de har behov for det
- Helsepersonell på sykehus får ikke alltid nødvendig informasjon om pasienten, noe som kan medføre forsinket oppstart av behandling
- Sykehus og kommuner har ikke en felles funksjonsbeskrivelse, dette medfører at helsepersonell på det ene tjenestenivået ikke forstår funksjonsbeskrivelsen som er angitt fra det andre tjenestenivået og omvendt
- Helsepersonell både i kommuner og på sykehus har ikke alltid har tilgang til en oppdatert legemiddelliste for pasienten, noe som potensielt kan medføre feilmedisinering

¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/henvisningsveileder>

¹⁹ [nasjonal-plan-for-innfoering-av-henvisning-20-og-status-paa-henvisning-v3.pdf \(nhn.no\)](#)

²⁰ [Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes praksis for utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten 2017-18.](#)

Målsetninger

- Henviser har nødvendige tilganger til pasientinformasjon for å kunne utforme en god henvisning
- Det er gode samarbeidsrutiner mellom sykehus og kommuner som sikrer en omforent forståelse av hvilke pasienter som skal henvises hvor og når
- Henvisningene inneholder nødvendige helseopplysninger samt pasientens ønsker og behov
- Det er felles forståelse av pasientens funksjonsnivå mellom sykehus og kommune
- Alt helsepersonell uavhengig av tjenestenivå har tilgang til en oppdatert legemiddelliste

For pasienter som ved innleggelse mottar tjenester fra kommunal helse- og omsorgstjeneste skal det i tillegg til henvisning sendes en innleggelsesrapport til sykehuset med helseopplysninger, kontaktinformasjon til pårørende, praktiske opplysninger med mer. Innleggelsesrapport er en av flere standardiserte meldinger som inngår i pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) hjemlet i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.²¹ Det er utarbeidet en faglig retningslinje for bruk av PLO-meldinger.²²

2.3.2. Ikke god nok kommunikasjon og samhandling før innleggelse

God kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell på tvers av tjenestenivåene er nødvendig for å sikre at rett pasient henvises til riktig sykehus og at nødvendige helseopplysninger følger med. Kommunene og de regionale helseforetakene er pålagt å ha samarbeidsavtaler som skal bidra til at pasienter mottar et helhetlig og godt koordinert tilbud om helse- og omsorgstjenester.^{23,24}

Utfordringer

- Mulighetene for sømløs informasjonsutveksling på tvers av tjenestenivåene er begrenset slik at helsepersonell i kommunen og på sykehuset ikke har tilgang til nødvendige helseopplysninger fra hverandre
- Det finnes gode samhandlingsverktøy for å sikre samhandling mellom tjenestenivåene, men disse er ikke alltid kjent og blir ikke alltid brukt
- Det er ikke uvanlig at det tas kontakt på tvers av tjenestene for å drøfte enkeltsaker, men det er i liten grad utviklet felles rutiner for dette og det mangler en sikker digital løsning for møter mellom flere parter
- Selv om fysiske samarbeidsmøter kan være nyttige, er det ofte begrenset mulighet for å gjennomføre dette i en travel klinisk hverdag

²¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>

²² <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/standard-for-elektronisk-kommunikasjon-med-pleie-og-omsorgstjenesten-v1.6>

²³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1

²⁴ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e

- Det oppleves tidvis utfordrende for henviser å komme i kontakt med og ha jevnlig dialog med sykehuset

Målsetninger

- Henviser bør ha enkel tilgang til riktig kontakt i sykehuset
- Kjennskapen til og bruken av verktøy for god kommunikasjon i tjenestene styrkes
- Kontakter på tvers av tjenestene som også omhandler enkeltsaker settes i system, det etableres felles prinsipper og prosedyrer for dette
- Pasientens kontaktlege fungerer godt som kontakt for fastlegen

2.3.3. Unødvendige innleggelser på sykehus

Gode prosesser i forbindelse med innleggelse og utskrivning av pasienter kan forhindre unødvendige innleggelser på sykehus, dette gjelder både planlagte og akutte innleggelser samt primære innleggelser og reinnleggelser. Helsedirektoratet publiserer årlig nasjonale tall for reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning, disse indikerer at reinnleggelser er hyppige.²⁵

Utfordringer

- Helsepersonell mangler kjennskap til og oversikt over eksisterende helsetilbud på tvers av tjenestenivåene
- Noen pasienter som innlegges på sykehus kan være bedre tjent med andre helsetjenester, for eksempel time på poliklinikken eller helsehjelp i kommunen
- For tidlig utskrivning av pasienter fra sykehus kan føre til behov for reinnleggelse
- Ikke godt nok tilrettelagt tilbud i kommunen kan føre til reinnleggelse
- Mangelfull henvisning vil kunne medføre unødvendig innleggelse

Målsetninger

- Dersom innleggende instans er i tvil om pasienten trenger innleggelse, bør det konfereres med aktuelt sykehus for å avklare om pasienten er best tjent med andre helsetjenester som alternativ til innleggelse
- Dersom innleggende instans er i tvil om hvilket sykehus pasienten skal henvendes til, konfereres det også med aktuelt sykehus før henvisning sendes eller pasienten legges inn
- I forbindelse med utskrivning fra sykehus er det et klart opplegg for oppfølging av pasienten som bidrar til å unngå unødvendige reinnleggelser
- Helsepersonell på sykehus får nødvendig informasjon om pasienten
- Pasienten får behandling på rett tjenestenivå

²⁵ [Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikator Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning](#)

2.4. Under oppholdet på sykehus

Sykehuset vurderer fortløpende når pasienten er utskrivningsklar og hvilken oppfølging pasienten trenger etter utskrivning, og er i løpende dialog med kommunen om dette under sykehusoppholdet. I denne fasen må sykehuset kartlegge pasientens behov og informere kommunen om dette i tide til at kommunen kan planlegge et godt helsetilbud etter utskrivning. Forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter legger føringer for hvordan arbeidet skal foregå.²⁶ I henhold til forskriften plikter sykehuset å varsle kommunen innen 24 timer etter innleggelse dersom sykehuset vurderer at pasienten vil ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Når sykehuset gir varsel om pasienten er utskrivningsklar, skal kommunen straks sende tilbakemelding til sykehuset om de kan ta imot pasienten, eller eventuelt når et kommunalt tilbud antas å være klart. Kommunen skal straks gi beskjed når et kommunalt tilbud er klart for pasienten. Ordningen legger opp til tidlig varsling og oppdatering av informasjon underveis ved bruk av PLO-meldinger.

2.4.1. Ikke gode nok kommunikasjon og samhandling under sykehusoppholdet

Under oppholdet på sykehuset er det viktig at sykehuset får rask tilgang til nødvendig og relevant informasjon herunder faglige vurderinger og opplysninger om pasientens helseutfordringer, ønsker og behov.

For pasienter som har behov for kommunale tjenester etter sykehusoppholdet vil kommunen trenge oppdatert informasjon om pasienten for å kunne planlegge tjenestetilbudet.²⁷ Informasjonen må være tilstrekkelig til at kommunen kan starte å planlegge mottak av pasienten og formidle dette gjennom bruk av PLO-meldinger.

Utfordringer

- Gode rutiner for samhandling og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommuner under sykehusinnleggelse er etablert, men det er variasjon i praksis
- Kommunen og henvisende lege gir ikke alltid god nok informasjon til sykehuset om pasienter som innlegges fra kommunen, det kan for eksempel mangle legemiddelliste
- Kommunen får ikke alltid tilstrekkelig informasjon om pasienter med behov for oppfølging i kommunen etter utskrivning. Mangler kan være at kommunen får beskjed for sent, eller at informasjonen ikke er god nok for å tilrettelegge et godt tjenestetilbud i kommunen
- Det kan forekomme uenighet mellom sykehuset og kommunen om pasienten er utskrivningsklar
- Meldinger mellom kommunen og sykehuset kan komme sent i forhold til god planlegging på det andre tjenestenivået. Eksempler er at kommunen mottar varsel om utskrivningsklar pasient etter ordinær arbeidstid, eller at sykehuset får melding om tilbud i kommunen samme dag som pasienten skal utskrives

²⁶ Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, §§ 7, 8.

²⁷ Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter - Lovdata

- Ordningen med pasientens kontaktlege i sykehuset er opprettet for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse som medfører særskilte behov.²⁸ Kontaktlegen er ment å være en viktig kontakt for fastlegen, men implementering og oppfølging av ordningen gjør at den ikke fungerer etter intensjonen
- Pasient og pårørende kan på sykehuset bli informert om oppfølging etter utskrivning i kommunen uten at kommunen er involvert. Denne informasjonen kan senere endres av kommunen og bidra til å skape usikkerhet om hvilket tjenestetilbud som venter

Målsetninger

- Sykehuset får raskt tilgang til den informasjon kommunen har om pasienten som er lagt inn, og informasjonen inneholder opplysninger om pasientens ønsker og behov
- Etablerte løsninger for å finne ut hvem som er pasientens fastlege er lett tilgjengelig og blir brukt, og fastlegen kan enkelt kontaktes for dialog
- Sykehuset får god nok informasjon om pasienten til å yte forsvarlig helsehjelp
- Melding om utskrivningsklar pasient sendes til kommunen tidlig slik at kommunen kan starte planlegging av pasientens oppfølging i god tid
- Etablerte løsninger for å håndtere uenighet mellom sykehus og kommuner om pasienten er utskrivningsklar benyttes når det er aktuelt
- Av de pasientene som blir varslet som utskrivningsklare er det få som blir avmeldt
- Meldinger mellom kommunen og sykehuset sendes elektronisk, til riktig tid, og inneholder informasjon som gjør det mulig for det andre tjenestenivået å planlegge helsehjelpen
- Det er lett å finne ut hvem som er pasientens kontaktlege og legen er lett tilgjengelig for dialog
- Det er god samhandling mellom tjenestenivåene i planlegging av fremtidig helsehjelp slik at pasient og pårørende får en riktig forståelse av hvilket helsetilbud som venter

2.4.2. Unøyaktige angivelser av når pasienten er utskrivningsklar

Både for sykehuset og kommunen vil best mulig angivelse av når pasienten er utskrivningsklar være viktig for å planlegge helsehjelpen på begge tjenestenivåer. Det kan imidlertid være utfordrende å nøyaktig estimere liggetid for pasienter på sykehus, og det kan tilkomme hendelser i pasientforløpet som påvirker liggetiden.

Utfordringer

- Sykehuset har ikke gode metoder for å estimere pasientens liggetid
- Kommunen får unøyaktige estimater av når pasienten er utskrivningsklar, dette kan føre til at kommunen planlegger et helsetilbud som blir til feil tid i forhold til pasientens behov

²⁸ [Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Målsetninger

- Sykehuset benytter kunnskapsbaserte metoder for kunne estimere pasientens liggetid på sykehuset og kommer med nøyaktige angivelser av når pasienten er utskrivningsklar

2.4.3. Mangelfull formidling av pasientens behov etter utskrivning

Det er sentralt at sykehuset har et best mulig grunnlag for å vurdere og formidle til kommunen pasientens behov etter utskrivning. Tidlige avklaringer mellom sykehus og kommune er viktig både for tjenestene samt for pasient og pårørende slik at man unngår ulike forventninger til oppfølgingen fra kommunen.²⁹ Riksrevisjonen har vist at helsepersonell i kommunene ikke får relevant informasjon tidnok til å forberede et godt tjenestetilbud etter utskrivning.³⁰

Utfordringer

- Det kan være mangelfull informasjon om helheten i pasientens livssituasjon og for lite fokus på pasientens ressurser, aktivitets- og arbeidsdimensjon
- For pasienter med spesielt sammensatte behov og omfattende hjelpebehov etter utskrivning er det ikke alltid omforent behovsforståelse mellom sykehus og kommune
- Det er variabel praksis for hvordan pasientens behovsvurdering fremskaffes, lagres og benyttes i planleggingen av helsehjelpen
- Pårørende kan ofte ha viktig tilleggsinformasjon som ikke etterspørres av helsepersonell

Målsetninger

- Pasientens helhetlige behov fremgår i større grad av opplysningene som formidles fra sykehuset til kommunen
- Bedre tilrettelegging for at pasienter og pårørende involveres og medvirker
- Gode muligheter for at representanter fra kommunen møter pasienten fysisk eller digitalt under oppholdet på sykehuset i komplekse tilfeller som krever nøye planlegging og koordinering av oppfølgingen etter utskrivning
- Epikrisen fra sykehusoppholdet sendes så raskt som praktisk mulig, for pasienter som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester er det ønskelig at epikrisen følger med pasienten ved utskrivning
- Pasienter som har behov for langvarig oppfølging får tilbud om samtale om arbeid, hjelpemidler, økonomi og liknende under oppholdet på sykehuset

²⁹ Trygg utskrivning Pasientsikkerhetsprogrammet

³⁰ Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten 2017-18.

2.5. Ved utskrivning fra sykehus

I forbindelse med utskrivning fra sykehuset vil pasientens behov variere, fra ingen oppfølging til omfattende oppfølging av kommunen og/eller sykehuset. I denne fasen er det viktig at pasient og eventuelt pårørende får god informasjon om planen for oppfølging etter utskrivning, forventet utvikling av helsetilstanden og råd for egenomsorg. I dette arbeidet er utskrivningssamtalen sentral for å informere og involvere pasient og eventuelt pårørende.

Det vil for pasienter som har behov for videre oppfølging i kommunen være viktig med god samhandling og dialog mellom sykehus og kommunen. Epikrisen som oppsummerer sykehusoppholdet er her et sentralt dokument som bør sendes i tide og inneholde informasjon som er nødvendig for å gi pasienten en forsvarlig oppfølging.³¹ Pasienter som utskrives til hjemmet uten kommunale helse- og omsorgstjenester må få forsvarlig oppfølging, og det bør være fastsatt når, hvor og hvordan dette skal skje.

2.5.1. Ikke god nok informasjon til pasient og pårørende ved utskrivning

Ved utskrivning fra sykehus vil en utskrivningssamtale mellom helsepersonell og pasient eventuelt pårørende være viktig for å oppnå en felles forståelse av sykdommen, behandlingen og videre plan for oppfølging. Helsetilsynet har pekt på at pasienter og pårørende ofte er usikre på hvilket tilbud pasienten får i kommunen etter utskrivning, og de får i liten grad medvirke i beslutninger om dette.³² God dialog og informasjonsutveksling vil være et tiltak som samtidig kan bidra til økt helsekompetanse i befolkningen.³³

Utfordringer

- Ved utskrivning fra sykehuset kan det for pasient og pårørende være uklart hva som har hendt under sykehusoppholdet og hva som er videre plan for oppfølging
- Det blir ikke alltid gjennomført en strukturert utskrivningssamtale hvor dette fremgår
- Utskrivningssamtalen har ikke alltid høy nok prioritet og pasienten og dens pårørende er ikke alltid forberedt på å gjennomføre den
- Pasientsikkerhetsprogrammet har tidligere anbefalt at det gjennomføres en strukturert utskrivningssamtale,³⁴ men det er usikkert i hvilken grad denne anbefalingen etterleves

Målsetninger

- God dialog og informasjonsutveksling mellom sykehus, pasient og eventuelt pårørende i forbindelse med utskrivning
- Felles forståelse av hva som har skjedd under sykehusoppholdet og hva som skal skje etter utskrivning

³¹ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 45 a

³² Helsetilsynets rapport: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016

³³ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-strategi-for-helsekompetanse/id2644713/>

³⁴ Trygg utskrivning - Pasientsikkerhetsprogrammet

- Det planlegges tidspunkt for gjennomføring av utskrivningssamtale, pasienten får informasjon om denne samtalen og mulighet til å forberede seg og eventuelt ha med pårørende ved behov
- Før sykehusoppholdets slutt har sykehuset i samarbeid med pasienten kartlagt viktige behovsområder som gjennomgås i utskrivningssamtalen
- Samtalen tilpasses pasientens behov, årsak til innleggelse og funksjonsnivå
- Pasienten får etter samtalen med seg skriftlig informasjon

2.5.2. Ikke god nok informasjon til mottaker av pasienten ved utskrivning

Ved utskrivning er det viktig at mottaker av pasienten får informasjon om hva pasienten vil trenge av oppfølging i god tid før utskrivning slik at mottaket kan forberedes best mulig. Sykehuset skal gi varsel til kommunen innen 24 timer etter innleggelse når pasienten forventes å ha behov for helse- og omsorgstjenester i kommunen etter utskrivning, og varselet skal inneholde blant annet forventet utskrivningstidspunkt. Det bør så snart som mulig gis nærmere opplysninger om hjelpebehovet, herunder eventuelt behov for hjelpemidler etter utskrivning. Sykehuset skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov.³⁵

Utfordringer

- Dokumentasjonen som sendes fra sykehuset til kommunen i forbindelse med utskrivning er ikke alltid god nok
- Det er behov for å ha bedre oversikt og få oppdatert informasjon dersom det har skjedd endringer i helsesituasjonen som får betydning for videre pasientforløp
- Sykehuset bør kunne oppgi hva som er pasientens funksjonsnivå og behov for helsehjelp etter utskrivning
- Dokumentasjon og vurderinger fra sykehuset er ikke alltid godt nok tilgjengelig for henviser, fastlege og det helsepersonellet som skal yte tjenester etter utskrivning

Målsetninger

- Kommunen mottar i forkant av utskrivning fullstendige og oppdaterte helseopplysninger om pasienten som informasjon om helsehjelpen som er gitt på sykehuset, forventet prognose, og vurdering av behov for videre oppfølging. Dette inkluderer viktige helseopplysninger utover det som er aktuell innleggingsårsak samt en god funksjonsbeskrivelse
- Det er god felles beskrivelse av funksjonsnivå på tvers av tjenestene slik at helsepersonellet i kommunen forstår funksjonsbeskrivelsen som er angitt fra sykehuset og omvendt
- Tidspunkt for utskrivning fastsettes og formidles raskt til kommunen, ved endringer får kommunen oppdatert informasjon
- Kommunen har best mulig grunnlag for å fatte vedtak knyttet til tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester

³⁵ [Forskrift om betaling, utskrivningsklare pasienter § 8](#)

2.5.3. Mangelfullt innhold i epikrisene

Epikrisen er sykehusets oppsummering av innleggelsen, og inneholder blant annet en vurdering av behovet for oppfølging i etterkant. Spesielt for pasienter som skal følges opp i kommunen er det viktig med god informasjon om pasientens helsetilstand, hvilken helsehjelp som er mottatt i sykehuset og en vurdering av oppfølgingsbehov.³⁶ Informasjonen til kommunen må komme tidsnok, og det er etablert en nasjonal kvalitetsindikator for epikrisetid som angir andel epikriser sendt innen en og sju dager etter utskrivning.³⁷ Som nevnt i kapittel 2.3.1 har Helsedirektoratet utgitt en veileder for å sikre innholdet i henvisningene, tilsvarende veileder finnes ikke for epikrise.

Utfordringer

- Innholdet i epikrisen kan være mangelfull i forhold til å ivareta pasientens behov etter utskrivning.³⁸ Gjennomgående er det for lite fokus på pasientens ressurser, aktivitets- og arbeidsdimensjon og behov for friskliv, læring og mestring
- Epikrisen kan mangle en oppdatert legemiddelliste og ha utilstrekkelig informasjon om pasientens funksjonsnivå og forventet utvikling av helsetilstanden fremover
- Selv om det finnes en nasjonal kvalitetsindikator for epikrisetid kan epikrisen sendes for sent fra sykehuset med tanke på mottakers behov
- Den nasjonale kvalitetsindikatoren epikrisetid viser ikke spesifikt opplysninger om pasienter som blir meldt utskrivningsklare til kommunal helse- og omsorgstjeneste

Målsetninger

- Epikrisen inneholder tilstrekkelige opplysninger til at pasienten får forsvarlig helsehjelp etter utskrivning. Dette innebærer blant annet en oppdatert legemiddelliste, opplysninger om pasientens funksjonsnivå og forventet utvikling av helsetilstanden
- Epikrisen inneholder opplysninger om avtaler som eventuelt er inngått knyttet til videre oppfølging på sykehuset
- Epikrisen inneholder informasjon om pasientens egne ønsker og behov, og annen viktig informasjon som er kommet frem under oppholdet
- Dersom epikrisen ikke er ferdigstilt på utskrivningstidspunktet, lages en foreløpig epikrise hvor viktig informasjon fremgår

I tillegg til epikrise sendes i de tilfellene der pasienten utskrives til kommunal helse- og omsorgstjenesten en utskrivningsrapport.³⁹ Denne rapporten sendes utskrivningsdagen for pasienter som skal følges opp av pleie- og omsorgstjenesten og inneholder helseopplysninger, planer og behov for oppfølging, kontaktinformasjon til nærmeste pårørende med mer.³⁹

³⁶ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata, §45a.

³⁷ Den nasjonale kvalitetsindikatoren epikrisetid som angir andel epikriser sendt innen en og sju dager etter utskrivning

³⁸ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

³⁹ <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/standard-for-elektronisk-kommunikasjon-med-pleie-og-omsorgstjenesten-v1.6>

2.5.4. Overtidige sykehusopphold

Sykehuset avgjør når pasienten er utskrivningsklar, og forsinket utskrivning fører til overtidige sykehusopphold. Dette er en belastning for pasient og pårørende ved at de ikke vet hvilken helsehjelp som venter og ikke får nødvendig progresjon i behandlingen. Overtidige sykehusopphold er en utfordring for sykehuset fordi pasienten unødvendig opptar en behandlingsplass som kan få konsekvenser for andre pasienter, drift og beredskap.

Utfordringer

- Pasienter blir av ulike grunner liggende på sykehus selv om de er utskrivningsklare
- Kommunene er ikke alltid klare til å ta imot pasienter som er utskrivningsklare
- Manglende rutiner for og kapasitet til pasienttransport forsinker utskrivningen

Målsetninger

- Pasienter skrives ut uten forsinkelse når de er utskrivningsklare
- Kommunen deltar i planleggingen av utskrivning og er i stand til å motta pasienter og yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til rett tid
- Rutiner og kapasitet for pasienttransport sikrer at utskrivning ikke blir forsinket

2.5.5. Pasienttransport som er ugunstig for pasient og helsetjeneste

Ved utskrivning fra sykehus vil behovet for transport variere fra pasient til pasient ved at enkelte pasienter kan ordne transport selv mens andre pasienter vil trenge spesielt tilrettelagt transport med bil, buss, båt eller fly. For pasienter som trenger tilrettelagt syketransport er administreringen av pasientreiser organisert gjennom pasientreisekontor og et nasjonalt selskap, Pasientreiser HF.⁴⁰

Utfordringer

- Pasienter får i enkelte tilfeller en forsinket eller feil type transport som forverrer deres medisinske tilstand
- Pasienten får ikke selv medvirke i planleggingen og utførelsen av transporten, og har vanskelig for å finne informasjon om når, hvor og hvordan de skal reise
- Det er uforutsigbarhet rundt hjemreiser som oppleves som et stressmoment både for pasient og pårørende

Målsetninger

- Pasienter får rett type transport som er tilrettelagt i forhold til deres behov
- Transporten gjennomføres til rett tid
- Transport av pasienter i forbindelse med utskrivning om natten bør unngås dersom det ikke er medisinske årsaker som tilsier at slik transport er gunstig
- Pasienter bør involveres i planleggingen og utførelsen av transporten, og hjemreisen fra sykehuset bør foregå på en måte som skaper forutsigbarhet for alle involverte

⁴⁰ <https://pasientreiser.no/om-pasientreiser/pasientreiseordningen>

2.6. Etter utskrivning fra sykehus

Etter at pasienten er utskrevet fra sykehus vil det relativt ofte være behov for oppfølging fra sykehuset og/eller kommunen. I den forbindelse bør helsepersonell ha god kunnskap om fordeling av ansvar, oppgaver og roller mellom tjenestenivåene. I tillegg vil det for enkelte pasienter være behov for kunnskapsoverføring og veiledning mellom sykehus og kommunen i tråd med deres gjensidige veiledningsplikt.⁴¹ Det er viktig å se dette i sammenheng med pasient- og brukeropplæring som er et virkemiddel for mange for å ivareta egen helse.

2.6.1. Uklar fordeling av ansvar, oppgaver og roller etter utskrivning

Ved utskrivning av pasienten fra sykehuset til kommunen vil det for alle involverte være behov for å avklare videre ansvar, oppgaver og roller mellom tjenestenivåene. Det bør være klart for alle hva som skal gjøres, når det skal gjøres, og hvem som skal utføre oppfølgingsoppgaver. I utgangspunktet er det kommunen som har ansvaret for helsehjelpen som ytes til de som oppholder seg i deres kommune, men dette vil kunne utfordres av helsetjenestens utvikling med bruk av utadvendte sykehus hvor sykehuset yter helsehjelp i pasientens hjem.

Kommuner og helseforetak er lovpålagt å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.⁴² Veileder for samarbeidsavtalene mellom kommuner og sykehus er under revisjon som beskrevet i kapittel 3.7.4.

Utfordringer

- Etter utskrivning kan det være uklart hvordan ansvar, oppgaver og roller i forhold til oppfølging av pasienten er fordelt mellom sykehuset og kommunen. Dette aktualiseres særlig ettersom utviklingen går i retning av at en stadig en større andel av helsehjelpen ytes i eget hjem

Målsetninger

- For pasienter som utskrives fra sykehus er fordeling av ansvar, oppgaver og roller klart fordelt mellom sykehuset og kommunen
- Fordelingen av ansvar, oppgaver og roller er kommunisert til alle berørte parter, det vil si sykehus, kommune, pasient og eventuelt pårørende

⁴¹ [Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11](#)

⁴² [Helsedirektoratets informasjonsside om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak](#)

2.6.2. Ikke gode nok faglige råd og veiledning av helsepersonell

Enkelte pasienter som utskrives fra sykehus vil ha behov som kommunens helsepersonell normalt ikke har kompetanse til å håndtere. I slike tilfeller må sykehuset kunne gi faglige råd og veiledning til kommunen for å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp etter utskrivning. Det bør derfor tilrettelegges for gjensidig råd og veiledning mellom tjenestenivåene.

Utfordringer

- Sykehuset ivaretar ikke alltid godt nok sin plikt til å veilede kommunen i håndteringen av pasienter med spesielle behov⁴³
- Pasienter med særskilt krevende oppfølgingsbehov etter utskrivning blir ikke identifisert tidlig nok til at nødvendig opplæring kan finne sted før pasienten skrives ut
- Metoder som er utviklet i form av individuell plan blir ikke alltid brukt
- Koordinator i kommunen blir ikke alltid involvert

Målsetninger

- Sykehuset gir den veiledningen det er behov for til kommunen til rett tid
- Kommuner og sykehus samarbeider godt om gjensidig rådgivning og veiledning knyttet til pasienter med spesielle behov
- Individuell plan brukes i større utstrekning enn i dag
- Koordinatorer i kommunen involveres i større utstrekning enn i dag

⁴³ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Lovdata §6-3 I-3/2013 SPESIALISTHELSETJENESTENS VEILEDNINGSPLIKT OVERFOR DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN - regjeringen.no

2.7. utfordringer felles for hele utskrivningsprosessen

Utskrivningsprosessen har viktige gjennomgående områder som er felles for alle fasene. Sentrale overgripende målsetninger er at pasienter og brukerne involveres godt, får god informasjon og opplæring, og opplever en sammenhengende og koordinert behandlingsskjede. Dette forutsetter godt fungerende samarbeidsstrukturer mellom sykehus og kommuner, og at medvirkning, behovsvurdering og informasjonsflyt er i tråd med god praksis. Som en del av dette inngår at helsepersonell gis god opplæring og etterlever avtaler og prosedyrer. Helsepersonell trenger uavhengig av tjenestenivå tilgang til en oppdatert legemiddelliste, og det er behov for felles funksjonsbeskrivelse mellom sykehus og kommune.

2.7.1. Mangelfull pasient- og brukermedvirkning

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. De har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. I hele prosessen bør pasientens ønsker og behov kartlegges og tas med i vurderingen av hvilken helsehjelp som skal ytes, pårørende og barn bør også ivaretas på en god måte. Helsetjenesten skal sammen med pasienten ta beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best basert på en individuell vurdering.⁴⁴

Det er viktig at pasient og eventuelt pårørende har gode muligheter til å medvirke, god dialog med tilpasset informasjon til rett tid vil skape trygghet og forutsigbarhet.^{45,46} Dialogen må ta hensyn til pasientenes ulike kulturelle tilhørighet, eksempel vil det gjelde for den samiske befolkningen⁴⁷. Pårørende bør i større grad enn i dag involveres i hele forløpet og vil kunne bidra til å utfylle bildet av pasientens behov forutsatt at pasienten samtykker til dette.

I tillegg til individuell tilbakemelding fra pasienter og brukere, bør helsepersonell tilstrebe å samle brukererfaringer fra grupper av pasienter med henblikk på å forbedre brukeropplevelsen.

Utfordringer

- Pasient og pårørende får ikke alltid informasjon om tildelt tilbud i kommunen tidsnok
- Pasienter og brukere involveres ikke alltid på en måte som ivaretar deres individuelle behov og ønsker i tråd med lovverket
- Det er ikke alltid tilgjengelig tolk i situasjoner der det bør være det,⁴⁸ og det blir ikke alltid tatt hensyn til ulik kulturell tilhørighet
- I de tilfellene hvor pasienten mangler samtykkekompetanse, blir ikke alltid pårørendes rett til informasjon og medvirkning ivaretatt

⁴⁴ [Samvalg - helsenorge.no](http://samvalg-helsenorge.no)

⁴⁵ [Pasient- og brukerrettighetsloven §3-3](#)

⁴⁶ [Helsedirektoratets pårørendeveileder](#)

⁴⁷ [Strategidokumentet norsk.pdf \(helse-nord.no\)](#)

⁴⁸ [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#)

- Pasienten og eventuelt pårørende kan ha andre ønsker enn det som helsepersonell anser som den beste helsehjelpen og det kan være utfordrende å oppnå enighet
- Brukererfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir ikke alltid samlet inn og brukt til å forbedre tjenesten

Målsetninger

- Hele utskrivningsprosessen foregår på en måte som ivaretar pasienter og brukeres rett til medvirkning og samvalg
- Helsepersonell skal innhente og benytte brukererfaringer fra grupper av pasienter for å forbedre brukeropplevelsen i tråd med lovverket⁴⁹
- God pasient- og brukarmedvirkning bidrar til at pasienten medvirker i utformingen av helsehjelpen de mottar og at de får en best mulig opplevelse av helsehjelpen
- God dialog og kommunikasjon i møte med pasienter og pårørende, spesielt knyttet til plan for videre helsehjelp og gjennomføring av en strukturert utskrivningssamtale

2.7.2. Mangelfull pasient- og brukeropplæring

For mange pasienter og brukere vil samtaler om levevaner og nødvendig opplæring og støtte til mestring av helseutfordringer være nødvendig for best mulig funksjon, livskvalitet og helse.

Utfordringer

- Pasienter og brukere får ikke alltid nødvendig opplæring til å ivareta egen helse
- Sykehusenes brukerutvalg er ikke alltid kjent for pasienter og helsepersonell
- Noen pasientgrupper synes å ha et godt tilrettelagt opplæringstilbud, mens andre pasientgrupper ikke har noe tilsvarende tilbud
- Fordelingen av oppgaver knyttet til pasient- og brukeropplæring mellom sykehus og kommuner varierer i for stor grad

Målsetninger

- Pasienter og brukere som trenger det får tilbud om nødvendig støtte og opplæring til å mestre sine helseutfordringer
- Helsepersonell på sykehuset og pasienter kjenner til sykehusenes brukerutvalg
- Sykehus og kommuner samarbeider om opplæring av pasienter og brukere, herunder frisklivs-, lærings- og mestringstilbud
- Det er enkelt for pasienter og brukere å finne informasjon om egen sykdom og mestring av helseutfordringer
- Det er enkelt for brukere, og pasienter, pårørende og helsepersonell å finne informasjon om hva som finnes av tilbud i helseforetak og kommuner som gir støtte til læring og mestring

⁴⁹ [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 bokstav d](#)

2.7.3. Arbeidsverktøy som sikrer samarbeid er lite tilgjengelig

En godt fungerende samhandlingsstruktur er sentral for å bidra til sømløs informasjonsutveksling mellom og innad i tjenestene. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e er kravet om samarbeid mellom kommuner og helseforetak mv. forankret,^{50,51} i tillegg er det en egen veileder for samarbeidsavtalene.⁵²

Utfordringer

- Samhandlingen mellom sykehus og kommuner er regulert gjennom nasjonale, regionale og lokale avtaler og prosedyrer, men disse er ikke alltid tilgjengelige og kjent for helsepersonell⁵³
- Sykehus og kommuner har ikke alltid et gjensidig samarbeid som sikrer en mest mulig sømløs overføring mellom tjenestenivåene
- Utarbeidede avtaler og prosedyrer blir ikke i tilstrekkelig grad etterlevd

Målsetninger

- Utskrivningsprosessen foregår på en samordnet og god måte mellom sykehus og kommune slik at pasienten opplever koordinerte og sammenhengende tjenester
- Nasjonale, regionale og lokale avtaler blir fulgt og sikrer et godt samarbeid i hele utskrivningsprosessen
- Det er lett for tjenestene å finne felles arbeidsverktøy (avtaler, prosedyrer, skjemaer, veiledninger og lignende) som er til bruk for utskrivningsprosessen

2.7.4. Ikke god nok informasjonsflyt mellom berørte parter

God informasjonsflyt er viktig for alle involverte i utskrivningsprosessen, herunder pasient, pårørende, helsepersonell og eventuelt andre. Informasjon om pasienten må utveksles og formidles på en forutsigbar og sikker måte slik at helsehjelpen kan planlegges og gjennomføres best mulig.

Utfordringer

- Informasjon kan komme for sent for å kunne iverksette nødvendige tiltak
- Informasjonen kan være utilstrekkelig for å kunne planlegge og/eller utføre forsvarlig helsehjelp
- Helsepersonell som trenger informasjon kan mangle nødvendig tilgang
- Ved akutte innleggelser kan informasjon om pasienten ofte være mangelfull, helsepersonell bør likevel kunne skaffe nødvendig informasjon i tide
- Pasient og pårørende er ikke alltid godt informert og involvert i dialogen mellom sykehus og kommune, og det mangler til dels elektroniske verktøy for å få dem integrert i dialogen

⁵⁰ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

⁵¹ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1e

⁵² Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak - Helsedirektoratet

⁵³ Dokumentasjon om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsevne

- De elektroniske verktøyene som finnes for dialog mellom sykehus og kommuner i form av PLO-meldinger er ikke like godt kjent i alle deler av helsesektoren
- Ikke alle kjenner til nasjonal veileder som beskriver god bruk av PLO-meldingene⁵⁴

Målsetninger

- I hele utskrivningsprosessen ivaretas behovet for god informasjonsflyt
- Informasjon blir sendt til rett tid
- Informasjon inneholder tilstrekkelige opplysninger
- Helsepersonell har nødvendig tilgang til nødvendig informasjon
- Involvering av pasient og eventuelt pårørende inngår i informasjonsflyten
- Elektroniske verktøy som benyttes til dialog er brukervennlige og nasjonale retningslinjer og veiledere for bruk av disse er kjent blant helsepersonell

2.7.5. Mangelfull opplæring i og etterlevelse av avtaler og prosedyrer

Til bruk i hele utskrivningsprosessen foreligger det i dag allerede ulike nasjonale, regionale og lokale avtaler og prosedyrer til bruk for tjenestene.

Utfordringer

- Personell som jobber både administrativ og pasientnært kjenner i begrenset grad til avtaler og prosedyrer tilknyttet utskrivningsprosessen
- Oppfølgingen av hvordan dette blir etterlevd i tjenestene er utilstrekkelig

Målsetninger

- Utskrivningsprosessen foregår i henhold til nasjonale, regionale og lokale avtaler og prosedyrer
- Helsepersonell som er involvert i utskrivningsprosessen har tilstrekkelig kjennskap til avtaler og bruk av prosedyrer
- Helsetjenesten sørger for at nasjonale og lokale avtaler og prosedyrer i utskrivningsprosessen etterleves

⁵⁴ [Direktoratet for e-helse: Standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenesten](#)

2.7.6. Mangelfull oversikt over og kjennskap til helsetjenester i kommuner og helseforetak

Det kan være en utfordring at helsepersonell mangler tilstrekkelig kjennskap til og oversikt over eksisterende helsetilbud på tvers av tjenestenivåene, det vil si at sykehuset ikke har oversikt over tilbud i kommunen og omvendt. Dette er blant annet avdekket i forprosjektet om læring og mestring.⁵⁵ For pasienter og pårørende er det viktig at både de og helsepersonell har god tilgang til informasjon om tilgjengelige helsetilbud i kommuner og sykehus.

Utfordringer

- Helsepersonell mangler kjennskap til og oversikt over eksisterende helsetilbud på tvers av tjenestenivåene
- Pasienter og pårørende har ikke oversikt over aktuelle helsetjenester i kommuner og helseforetak

Målsetninger

- Det er enkelt for helsepersonell på begge tjenestenivåer å finne informasjon om hva som finnes av helsetilbud i kommuner og på sykehus
- Det er enkelt for brukere, pasienter og pårørende å finne informasjon om hva som finnes av helsetilbud i kommuner og på sykehus

2.7.7. En oppdatert legemiddelliste er ikke alltid tilgjengelig

Allerede ved henvisningen aktualiseres behovet for tilgang til pasientens legemiddelliste. Senere i forløpet er det sentralt at slik informasjon oppdateres og dokumenteres løpende og er lett tilgjengelig for helsepersonell.

Utfordringer

- Helsepersonell har ikke alltid tilgang til oppdatert og tilgjengelig legemiddelliste. Dette kan føre til avvik knyttet til bruk av legemidler, noe som utgjør en fare for pasientsikkerheten

Målsetninger

- Oppdatert legemiddelliste er alltid tilgjengelig for helsepersonell uavhengig av tjenestenivå
- Redusere antall avvik som skyldes feilmedisinering

⁵⁵ [Helsedirektoratets rapport om Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene](#)

2.7.8. Helsepersonell mangler felles funksjonsbeskrivelse

En felles funksjonsbeskrivelse vil være til hjelp for tjenestene i hele utskrivningsprosessen. Det er behov for at sykehus og kommune i hele utskrivningsprosessen benytter de samme kriteriene for å vurdere funksjon og formidle hvilket funksjonsnivå pasienten har.

Utfordringer

- Sykehus og kommune legger til grunn ulik forståelse av pasientens funksjon og bruker ulike metoder, kriterier og begreper for å vurdere og beskrive funksjonen
- Systemet som benyttes til å vurdere og beskrive pasientfunksjon i kommunen er ikke kjent for de som jobber på sykehus og omvendt, og dette bidrar til uforutsigbarhet for alle involverte, herunder også pasienten

Målsetninger

- Det finnes felles funksjonsbeskrivelse som gjøres kjent og brukes i sykehus og kommuner

3. Virkemidler for å forbedre utskrivningsprosessen

3.1. Innledning

Ulike tiltak kan være aktuelle for å forbedre utskrivningsprosessen, og det er i oppdraget angitt at utredningen bør omhandle nasjonale rammevilkår.

Tiltakene som er vurdert er i dette kapitlet hovedsakelig inndelt etter hvilken type nasjonale rammevilkår som omhandles i denne rekkefølgen:

- Styringsinformasjon
- Digitale forutsetninger
- Finansiering
- Lovverk
- Faglige råd og veiledning
- Pedagogiske virkemidler
- Andre virkemidler

Innenfor hvert av rammevilkårene er aktuelle tiltak samlet og vurdert, for helhetens skyld er pågående arbeider tatt med.

For hvert av tiltakene er følgende spørsmål besvart:⁵⁶

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
- Hvilke tiltak er relevante?
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

I dette kapitlet presenteres de ulike foreslåtte tiltakene i utredningen og vurderingene av disse. Først gis en samlet oversikt over alle vurderte virkemidler, deretter er detaljert vurdering av hvert enkelt forslag.

Koblingen mellom de vurderte virkemidlene og de ulike fasene av utskrivningsprosessen er presentert i Vedlegg 4. Sammenhengen mellom de fastsatte målsetningene for utskrivningsprosessen og virkemidlene er fremstilt i Vedlegg 5.

⁵⁶ [Utredningsinstruksen - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

3.2. Oversikt over vurderte virkemidler

Basert på gjennomgangen av utfordringer og målsettinger i utskrivningsprosessen (se kapittel 2) er ulike tiltak vurdert i utredningen, disse fremgår av tabellene 3 og 4 nedenfor.

Type virkemiddel	Beskrivelse av foreslått tiltak
Styringsinformasjon	Utvide styringsinformasjon knyttet til overtidige sykehusopphold
	Endre kvalitetsindikatoren epikrisetid til spesifikt å angi epikrisetid for pasienter som blir meldt utskrivningsklare til kommunen
	Etablere styringsinformasjon knyttet til andelen pasienter som får avstandsoppfølging
	Etablere styringsinformasjon knyttet til tidspunktet på døgnet for utskrivning
	Etablere styringsinformasjon knyttet til unødvendige innleggelser på sykehus
Digitale forutsetninger	Utrede digital løsning for flerparts videomøter
	Videreutvikle digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helsehjelp
	Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
Finansiering	Endre betalingsordning for utskrivningsklare pasienter
	Innføre finansiering som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
	Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehuset samler flere tjenester under samme opphold
	Opprette finansieringsordning som understøtter at fastlegene deltar i helsefelleskapene
	Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av pasienter innlagt på sykehus
	Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell

Tabell 3: Oppsummering av vurderte tiltak innen styringsinformasjon, digitale forutsetninger og finansiering.

Type virkemiddel	Beskrivelse av foreslått tiltak
Lovverk	Utrede helsetjenestens plikt til å tilby digital oppfølging dersom det er forsvarlig
	Utrede pasientens rett til å få digital oppfølging dersom det er forsvarlig
	Revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
Faglige råd og veiledning	Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten
	Utvikle likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet
	Utvikle nasjonal veileder for epikrise
	Revidere veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner
	Stimulere til teambasert arbeid på tvers av sykehus og kommuner
Pedagogiske virkemidler	Bedre kjennskap til rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning
	Utrede digital løsning for samling av opplæringsressurser for helsetjenesten
	Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
	Forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus
	Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger
Andre virkemidler	Gjennomgå ordningen med pasienttransport
	Sikre at strukturerte utskrivningssamtaler blir gjennomført
	Endre prioritering, holdning og kultur i helsetjenesten
	Gi helsepersonell i kommunen tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus

Tabell 4: Oppsummering av vurderte tiltak innen lovverk, faglige råd og veiledning, pedagogiske hjelpemidler og andre virkemidler.

3.3. Styringsinformasjon

3.3.1. Utvide styringsinformasjon knyttet til overtidige sykehusopphold

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Overtidige sykehusopphold er en utfordring spesielt for sykehusene og deres kapasitet til å behandle pasienter. Tidligere undersøkelser gjennomført av Helsedirektoratet viser at størrelsen på problemet varierer, ved enkelte sykehus er det mange overtidige pasienter med til dels lang liggetid.⁵⁷ En årsak kan være manglende kapasitet i kommunen til å ta imot pasienten, et tilleggsproblem kan være for liten kapasitet til pasienttransport. Oppdaterte opplysninger fra NPR indikerer at rundt 10 % av utskrivningsklare pasienter blir liggende overtidig på sykehus, og at det er variasjoner mellom ulike deler av landet og ulike fagfelt. Utfordringen synes å være størst innenfor psykisk helsevern for barn og unge (se Vedlegg 3).
- Hvilke tiltak er relevante?
Det publiseres årlig noe informasjon om dette innenfor somatikken, denne informasjonen er begrenset og angir for eksempel ikke årsaken til at pasienter blir liggende overtidig på sykehus.⁵⁸ Det er usikkerhet omkring hvor mye av innsamlet informasjon som aktivt blir brukt til forbedring av tjenestene. Tiltaket vil bestå i å utvide nasjonal styringsinformasjon knyttet til overtidige sykehusopphold ved å sammenstille, tolke og publisere opplysninger som allerede samles inn fra helsetjenesten til Norsk pasientregister (NPR). Indikatoren kan omfatte antall, lengde og årsak til overtidige sykehusopphold, og synliggjøre ulikheter mellom ulike pasientgrupper og deler av landet.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til kvaliteten på de innsamlede opplysningene.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger er at en vil få nasjonal oversikt over overtidige sykehusopphold. Disse opplysningene kan brukes til nasjonalt, regionalt og lokalt forbedringsarbeid. Negative virkninger er ressursene som vil gå med til å lage og oppdatere en slik oversikt. Det vil være utfordringer med å få resultatene til å bidra til forbedret praksis i helsetjenesten.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å utvide nasjonal styringsinformasjon knyttet overtidige sykehusopphold til å omfatte flere fagfelt og eventuelt inkludere opplysninger om årsaksforhold. For at opplysningene skal kunne brukes i forbedringsarbeid bør resultatene kunne være tilgjengelige på regionalt og lokalt helseforetaksnivå og på kommunenivå.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
Forutsetninger for vellykket gjennomføring er at datakvaliteten i det som samles inn er god, og at informasjonen blir brukt aktivt til kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

⁵⁷ [Helsedirektoratets rapport Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter 2011-2018](#)

⁵⁸ [Dashboard - Somatikk - bruk av tjenester med kart - Copy - Copy \(helsedirektoratet.no\)](#)

3.3.2. Endre kvalitetsindikatoren epikrisetid til å spesifikt å angi epikrisetid for pasienter som blir meldt utskrivningsklare til kommunen

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
For kommunen er det en utfordring at epikrisen som oppsummerer sykehusoppholdet kommer for sent i forhold til kommunens behov for å planlegge og yte nødvendig helsehjelp. Spesielt hos pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester er det ønskelig at kommunen raskt får tilgang til epikrisen. Den etablerte kvalitetsindikatoren epikrisetid fungerer og viser at det fortsatt er utfordringer med at epikrisen sendes sent. Problemet er at epikrisetiden blir angitt for alle pasienter samlet uten at det fremkommer opplysninger spesifikt for pasienter som blir meldt utskrivningsklare til kommunen.
- Hvilke tiltak er relevante?
Epikrisetid er etablert som en nasjonal kvalitetsindikator innenfor alle fagfelt. Indikatoren publiseres årlig og viser andel epikriser sendt fra sykehusene innen en og sju dager etter at pasienten er skrevet ut fra sykehus.⁵⁹ Tiltaket vil bestå i å endre den nasjonale kvalitetsindikatoren epikrisetid, til å angi epikrisetid spesifikt for pasienter som blir meldt utskrivningsklare til kommunen. Det bør samtidig vurderes å endre kvalitetsindikatoren epikrisetid for pasienter som meldes utskrivningsklar til kommunen, slik at det for disse pasientene er et mål at epikrisen følger med pasienten ved utskrivning. Utarbeidelse og anvendelse vil være som øvrige kvalitetsindikatorer. Opplysningene som danner grunnlaget for dette kan fremskaffes fra allerede eksisterende datakilde i NPR.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til kvaliteten i de innsamlede opplysningene.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger vil være at opplysninger om epikrisetid fremkommer for den pasientgruppen som vil ha størst nytte av kort epikrisetid, nemlig de pasientene som trenger kommunal oppfølging etter utskrivning. Negative virkninger er at revisjon av indikatoren vil kreve tid og ressurser. Når tiltaket først er etablert vil det kunne gjennomføres over tid.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at den nasjonale kvalitetsindikatoren epikrisetid endres slik at opplysninger knyttet til pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester fremkommer. Dette vil være nyttig informasjon for helsetjenesten og kan bidra til at epikrisetiden for pasienter som trenger kommunal oppfølging går ned.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
Forutsetninger for vellykket gjennomføring er at datakvaliteten i det som samles inn er god, og at informasjonen blir brukt aktivt til kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

⁵⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/utsendelse-av-epikrise-i-somatisk-helsetjeneste>

3.3.3. Etablere styringsinformasjon knyttet til andelen pasienter som får avstandsoppfølging

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Pasienter som utskrives fra sykehus vil ha varierende behov for oppfølging i etterkant, og for en del pasienter vil det være gunstig med avstandsoppfølging fra sykehuset. Slik oppfølging er allerede utprøvd som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram,⁶⁰ og metoden har i økende grad vært brukt under covid-19 pandemien.⁶¹ Det er angitt som et nasjonalt mål at minst 15 % av konsultasjonene på sykehus skal gjennomføres på telefon eller video.⁶² Det kan være en utfordring at tilbudet om avstandsoppfølging er mangelfullt og/eller varierende innenfor ulike fagfelt og/eller deler av landet.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå i å etablere en eller flere nye nasjonal(e) kvalitetsindikator(er) for avstandsoppfølging av pasienter. Opplysningene som danner grunnlaget for dette kan fremskaffes fra allerede eksisterende datakilde i NPR.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til kvaliteten i de innsamlede opplysningene.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger vil være at man kan følge med på om det nasjonale målet om minst 15 % avstandsoppfølging nås, eventuelt for hvilke pasientgrupper og hvor i landet dette ikke kan oppnås. At det opprettes styringsinformasjon knyttet til dette kan potensielt bidra til økt bruk av avstandsoppfølging i helsetjenesten. Negative virkninger er at opprettelse av indikatoren vil kreve tid og ressurser, men tiltaket vil kunne gjennomføres over tid når det først er etablert. Andre ulemper av tiltaket er at løsningen ikke egner seg for alle pasienter og pårørende da løsningen forutsetter noe digital kompetanse og utstyr. I tillegg vil en del pasienter ha behov for undersøkelser som krever fysisk oppmøte på sykehuset.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at arbeidet med å lage en eller flere nye nasjonal(e) kvalitetsindikator(er) knyttet til avstandsoppfølging videreføres. Dette vil være nyttig informasjon for helsetjenesten og kan kanskje bidra til økt bruk av avstandsoppfølging. Det er usikkert om avstandsoppfølgingen vil omfatte mer enn at minst 15 % av konsultasjonene på sykehus skal gjennomføres på telefon eller video.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at datakvaliteten i det som samles inn til NPR er god og lar seg sammenstille, tolke og publisere. En annen forutsetning er at informasjonen blir brukt aktivt til kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

⁶⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/gode-brukererfaringer-med-medisinsk-avstandsoppfolging>

⁶¹ [Utviklingstrekkrapporten 2021 er her! - ehelse](#)

⁶² [Sykehustalen 2021 - regjeringen.no](#)

3.3.4. Etablere styringsinformasjon knyttet til tidspunktet på døgnet for utskrivning

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

Det er en utfordring at pasienter utskrives fra sykehus på tidspunkter som er ugunstige for pasientene og delvis også helsetjenesten. Det er ønskelig for alle parter å unngå unødvendige utsendelser av pasienter på ugunstige tidspunkter, og særlig om natten. Erfaringer fra brukere og ulike medieoppslag bekrefter at det forekommer uheldig praksis på dette området. Det har også fremkommet at manglende transportkapasitet i ambulansetjenesten i enkelte tilfeller fører til at pasientreiser som kan vente blir forskjøvet. Oppdaterte opplysninger fra NPR viser at andelen nattlige (klokken 00:00-07:59) utskrivninger var 1,6 % for alle utskrivninger, tilsvarende andel for pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunen var 0,4 %. (Se vedlegg 3). Det har i utredningen ikke vært mulig å innhente andre opplysninger som er viktige for pasienten, som for eksempel ventetid på transport, kvalitet på transport og tidspunkt for når transportoppdraget er avsluttet.
- Hvilke tiltak er relevante?

Tiltaket vil bestå i å opprette styringsinformasjon knyttet til tidspunkt på døgnet for utskrivning av pasienter fra sykehus. Opplysningen som danner grunnlaget for dette kan fremskaffes fra NPR.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?

Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til kvaliteten på de innsamlede opplysningene.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

Positive virkninger av tiltaket er at tidspunkt på døgnet for utskrivning kan fremskaffes og potensielt bidra til færre ugunstige utskrivninger. Det er usikkerhet knyttet til datakvaliteten og i hvilken grad utskrivningstidspunktene som er registrert i NPR gjenspeiler når pasienten faktisk har reist. I tillegg vil det for et mindretall pasienter være ønskelig med utskrivning om natten, og hvor ofte dette skjer er ikke kjent. Eksempler på pasienter med ønskede nattlige utskrivninger er dersom det er behov for akutt overflytning mellom sykehus, for eksempel ved akutt hjerneblødning eller akutt hjerteinfarkt. Dersom det innebærer behov for endret registreringspraksis vil det medføre merarbeid ved sykehusene.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

Det anbefales at det å opprette styringsinformasjon knyttet til tidspunkt på døgnet for utskrivning har lavere prioritet. Hovedgrunnen til dette er usikkerheter knyttet til datakvaliteten og manglende metoder for å skille ønskede fra uønskede nattlige utskrivninger.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

En forutsetning for vellykket gjennomføring er at registreringspraksis i forhold til utskrivningstidspunkt ved sykehusene er god slik at datakvaliteten gjør det mulig å sammenstille, tolke og publisere resultater. En annen forutsetning er at informasjonen blir brukt aktivt til kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

3.3.5. Etablere styringsinformasjon knyttet til unødvendige innleggelser på sykehus

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Det er ønskelig både for pasientene og helsetjenesten å unngå unødvendige innleggelser på sykehus, dette gjelder planlagte og akutte innleggelser samt primære innleggelser og reinnleggelser. Samtidig fremgår det av Helsedirektoratets årlige publiserte rapporter at reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning forekommer hyppig.⁶³ Helsedirektoratet har tidligere dokumentert at omtrent en av fem utskrivningsklare pasienter ble reinnlagt innen 30 dager i 2018.⁶⁴
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå i å opprette en ny nasjonal kvalitetsindikator knyttet til andelen av unødvendige innleggelser på sykehus i forhold til totalt antall innleggelser. Opplysningene som danner grunnlaget for dette finnes ikke i dag og må eventuelt fremskaffes fra helsetjenesten. Det vil være metodeutfordringer ved å definere nødvendige fra unødvendige innleggelser.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til i hvilken grad metoden kan skille mellom nødvendige og unødvendige innleggelser.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Tiltaket kan potensielt ha positive virkninger for helsetjenestens evaluering av egen praksis og mulighet til å drive kvalitetsforbedring for å oppnå færre unødvendige innleggelser. Ulemper er at det må være klart for alle som registrerer opplysninger hvordan nødvendige og unødvendige innleggelser skal defineres og forstås. Det finnes ikke en enkel måte å definere "unødvendige" innleggelser i sykehus på. I Norge har det vært forsøkt å lage statistikk på potensielt forebyggbare innleggelser (PFI),⁶⁵ men det har vært utfordringer knyttet til metoden som gjør at den ikke har blitt videreført. Det vil kreve betydelig arbeid å samle disse opplysningene, og ikke minst sikre god og lik registreringspraksis. Det er en risiko for at ordningen fører til at pasienter som faktisk trenger innleggelse på sykehuset ikke får det.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at det å lage nasjonal styringsinformasjon knyttet til unødvendige sykehusinnleggelser har lavere prioritet. Hovedgrunnen er at det vil kreve betydelig merarbeid i helsetjenesten og at det er det vil være vanskelig å fremskaffe kvalitativt gode opplysninger.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at hva som er unødvendige innleggelser defineres, og at helsetjenesten samler inn opplysningene med lik registreringspraksis.

⁶³ [Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikator Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning](#)

⁶⁴ [Helsedirektoratets rapport Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-2018](#)

⁶⁵ [Samhandlingsstatistikk 2012-2013.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

3.4. Digitale forutsetninger

3.4.1. Utrede digital løsning for flerparts videomøter

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
I forbindelse med utskrivning kan det være ønskelig å avholde digitale flerparts videomøter som involverer kommune, sykehus, pasient og eventuelt andre. Møtene kan brukes til dialog omkring pasientens helsehjelp, ønsker og behov og være nyttige for å planlegge helsehjelpen samt involvere pasient og pårørende. Det er et tatt i bruk digitale tjenester for dialog mellom helsetjenesten og pasienter, digital dialog og videokonsultasjon er to eksempler. Per i dag er det ingen løsning for flerparts videomøter.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av å utrede en sikker digital løsning som egner seg for videomøter mellom sykehus, kommune, pasient og eventuelt andre. Systemet bør kunne fungere på en måte som muliggjør at de ulike aktørene deltar fra flere lokasjoner. NHSP 2020-2023 påpeker at Helsenorge.no skal være pasientenes inngang til offentlige helse- og omsorgstjenesten på nett.^{66,67} Denne tjenesten kan derfor videreutvikles til også å kunne avholde flerparts videomøter i helsetjenesten.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til om dette arbeidet bør ses i sammenheng med andre tiltak for å bedre samhandlingen mellom sykehus, kommune, fastlege, pasient og pårørende.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger er at løsningen vil fremme samhandlingen mellom kommuner og sykehus som kan avholde flerparts videomøter for felles planlegging av utskrivning. Det er videre gunstig for å oppnå involvering av pasient og pårørende. Løsningen vil kunne brukes innen alle fagfelt og deler av landet, og også til annet arbeid enn utskrivningsprosessen. Når tiltaket er utviklet kreves implementering i tjenesten og drift av systemet over tid. Ulemper av tiltaket er at løsningen ikke egner seg for alle pasienter og pårørende da tiltaket forutsetter noe digital kompetanse og utstyr. Det vil ta tid å utvikle, innføre og drifte løsningen.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å utrede digital løsning for flerparts videomøter i helsetjenesten.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at løsningen møter behovet til de involverte partene og er i tråd med langsiktige planer for digital dialog mellom innbyggere og helsetjenesten. Løsningen krever at brukerne har nødvendig utstyr og opplæring.

⁶⁶ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

⁶⁷ [Helsenorge – din helse på nett - helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

3.4.2. Videreutvikle digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helsehjelp

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
En ønsket utvikling er at pasienter i større grad har mulighet til å medvirke i egen helsehjelp, dette bør understøttes av digitale løsninger som muliggjør en slik utvikling. Det er tatt i bruk mange digitale tjenester for dialog mellom helsetjenesten og pasienter, to eksempler er digital dialog og videokonsultasjon. En utfordring er at digitale løsninger for å medvirke i egen helsehjelp er begrensede.
- Hvilke tiltak er relevante?
Ulike tiltak kan være relevante for å utvikle digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helsehjelp. Dette kan for eksempel innebære at pasienten får tilgang til egne helseopplysninger, og mulighet til å formidle til helsetjenesten egne ønsker og behov. Andre aktuelle tiltak er at pasienten får digital dialog med helsetjenesten eller mulighet til å administrere eget pasientforløp. Innenfor dette området er mulighetene mange, og angivelsen av enkelte tiltak ovenfor er derfor ikke uttømmende.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser prinsipielle spørsmål knyttet til hvilke opplysninger pasienter skal ha tilgang til. Her vil det være behov for å avklare hvilke opplysninger som skal omfattes av lesetilgang, og hvilke opplysninger pasienter skal ha mulighet til å legge inn og/eller endre.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger er at pasienter gis digitale forutsetninger for å kunne medvirke i egen helsehjelp. Tiltaket må ses i sammenheng med Program helhetlig samhandling som danner grunnlag for videreutvikling av eksisterende samhandlingsløsninger, og utvikling av nye. Det vil være kostnader knyttet til å utvikle, implementere og drifte løsningen. Når løsningen er utviklet vil de kunne brukes innen alle fagfelt og alle deler av landet. Ulemper av tiltaket er at løsningen ikke egner seg for alle pasienter og pårørende da løsningen forutsetter noe digital kompetanse og utstyr.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Direktoratet for e-helse har flere pågående prosjekter knyttet til digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helsehjelp, en oversikt over disse fremgår av publikasjonen Veikart for nasjonale e-helseløsninger.⁶⁸ Hovedmålsetningen i dette arbeidet er at innbyggere skal ha mulighet til å administrere pasientforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge.no.⁶⁹ Det anbefales at dette arbeidet videreføres.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at løsningen møter behovet til de involverte partene og er i tråd med langsiktige planer for digital dialog mellom innbyggere og helsetjenesten. Tiltaket forutsetter at pasienter og brukere har nødvendig utstyr og opplæring.

⁶⁸ <https://www.ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helselosninger>

⁶⁹ [Helsenorge – din helse på nett - helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

3.4.3. Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
En ønsket utvikling er at helsepersonell har tilgang til nødvendige helseopplysninger om pasienter når de har tjenstlig behov, uavhengig av hvor opplysningene er innhentet og lagret. Det er tatt i bruk ulike løsninger for deling av helseopplysninger mellom helsepersonell som for eksempel kjernejournal, men delingsverktøyene er begrensede.
- Hvilke tiltak er relevante?
Ulike tiltak kan være relevante for å utvikle digitale løsninger for deling av helseopplysninger slik at helsepersonell alltid har tilgang til nødvendig informasjon om pasienten. Dette kan for eksempel innebære at helsepersonell har tilgang til opplysninger knyttet til kritisk pasientinformasjon, journaldokumenter, laboratorie- og radiologisvar og oppdatert legemiddelliste. Innenfor dette området er mulighetene mange, og angivelsen av enkelte tiltak ovenfor er derfor ikke uttømmende.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser prinsipielle spørsmål knyttet til i hvilken grad deling av helseopplysninger kan gjøres på en måte som ivaretar informasjonssikkerhet og personvern.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger er at helsepersonell har tilgang til nødvendige helseopplysninger om pasienter når de har tjenstlig behov, uavhengig av hvor opplysningene er innhentet og lagret. Dette kan potensielt ha store gevinster ved å bedre pasientsikkerheten, og kan også være tidsbesparende for helsepersonell som i dag bruker mye tid på å skaffe tilsvarende informasjon. Dette må ses i sammenheng med Program helhetlig samhandling som danner grunnlag for videreutvikling av eksisterende samhandlingsløsninger, og utvikling av nye.⁷⁰ Ulemper er at det vil være relativt store kostnader knyttet til å utvikle og implementere og drifte løsningene. Når løsningene er utviklet vil de kunne brukes innen alle fagfelt og alle deler av landet.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Direktoratet for e-helse har flere pågående prosjekter knyttet til digitale verktøy for deling av helseopplysninger mellom helsepersonell, en oversikt over disse fremgår av publikasjonen Veikart for nasjonale e-helseløsninger.⁷¹ Eksempler på slike pågående tiltak Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR) og Pasientens legemiddelliste (PLL). Helsedirektoratet anbefaler at Direktoratet for e-helse viderefører dette arbeidet.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at løsningen møter behovet til de involverte partene og er i tråd med langsiktige planer for digitalisering i helsetjenesten. Løsningen forutsetter at brukere har nødvendig utstyr og opplæring.

⁷⁰ Program digital samhandling

⁷¹ <https://www.ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helselosninger>

3.5. Finansiering

3.5.1. Endre betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

Det er ønskelig både for pasienten og helsetjenesten å unngå at pasienten blir liggende overtid på sykehus. Helsedirektoratet har tidligere dokumentert at de fleste pasienter blir tatt imot av kommunen samme dag, men det er store regionale forskjeller i overtidige sykehusopphold.⁷² Samtidig kan det være krevende for kommunen å ta imot pasienten innen ett døgn, spesielt når melding om utskrivningsklar pasient kommer etter ordinær arbeidstid og når det er utfordringer knyttet til pasienttransport. Opplysninger fra NPR viser at rundt 1 % av utskrivningsklare pasienter fortsatt ligger på sykehus mer enn 7 dager etter at de er meldt utskrivningsklare, og 0.2 % av blir liggende i mer enn 30 dager (Vedlegg 3).

- Hvilke tiltak er relevante?

Et relevant tiltak kan være å endre betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter. Her er flere løsninger aktuelle, for eksempel å innføre en karensdag og/eller progressiv økning av betaling for overtidige sykehusopphold.

- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?

Forslaget innebærer et prinsipp om at kommunene totalt ikke skal betale mer eller mindre for overtidige pasienter på sykehus, dette prinsippet bør følges i utforming av ordningen.

- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

Positive virkninger er potensielt at finansieringsordningen virker bedre i forhold til intensjonen som er å unngå overtidige sykehusopphold. For kommunen vil det være ønskelig å unngå å betale for forsinkelser som ligger utenfor deres kontroll. Samtidig bør kommunen stimuleres til å opprette et tilbud for pasienter med lang overtid. Det vil være gunstig for alle involverte parter at pasienter får helsetjenester på riktig nivå, for pasientene er det de lange overtidige sykehusoppholdene som er utfordrende og forhåpentligvis kan reduseres. Uønskede effekter av å innføre karensdag kan være at kommunen får et insentiv til å utsette å ta imot pasienten, og at sykehusene melder pasienten utskrivningsklar tidligere noe som kan medføre for tidlig utskrivning og/eller økende antall avmeldinger.

- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

Det anbefales å endre betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter for å redusere antall pasienter som blir liggende lenge utskrivningsklare på sykehus. Dette kan gjøres på ulike måter, for eksempel ved å innføre en karensdag og/eller progressiv økning av betaling.

- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Dersom tiltaket innføres vil dette kreve endringer av lovverket som regulerer dette området, dette er omtalt i kapittel 3.6.3.

⁷² [Helsedirektoratets rapport Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelses for utskrivningsklare pasienter 2011-2018](#)

3.5.2. Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Både pasientene og helsetjenesten er tjent med et godt samarbeid mellom kommuner og sykehus om å lage helhetlige pasientforløp. Det er etablert finansiering for slikt samarbeid for leger i kommunen og for sykehuset ved poliklinisk behandling. Ny samhandlingstakst mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten er innført i fastlegetariffen,⁷³ og sykehuset har en tilsvarende diagnoserelaterte grupper (DRGer) for samarbeidsaktiviteter ved poliklinikk gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF).⁷⁴ Det er imidlertid en utfordring at samarbeidsaktiviteter ikke finansieres særskilt for pasienter som er innlagt på sykehus.
- Hvilke tiltak er relevante?
Ønsket tiltak innebærer å utvide finansiering som stimulerer til samarbeide mellom helsetjenestenivåene, for eksempel ved at det opprettes en DRG eller særtjenestegrupper (STG) for pasienter som er inneliggende på sykehus, tilsvarende det som finnes for polikliniske pasienter.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Et prinsipielt spørsmål om det bør knyttes egen finansiering til slikt samarbeid eller om det dekkes av øvrig finansiering som kommuner og sykehus får.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger er synliggjøring av finansiering for samarbeid mellom helsetjenestenivåene, og at finansiering potensielt kan stimulere til økt samarbeid. Negative virkninger er at tiltaket vil måtte utvikles og innføres i tjenesten, og utfordringer knyttet til dette. Det utøves mange samarbeidsaktiviteter på en sengepost og mye av dette er en naturlig del av et inneliggende opphold og er inkludert i den totale DRG-refusjonen for oppholdet. For å implementere egen ISF-refusjon for samarbeidsaktiviteter for inneliggende pasienter er hovedutfordringen å spesifisere hvilke kriterier som må være tilstede for at dette er en betydelig nok samarbeidssamtale eller møte for å kunne utløse tilleggsrefusjon.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at finansiering av samarbeidsaktiviteter mellom sykehus og kommuner om å lage et helhetlig helsetilbud utvides. For inneliggende pasienter kan dette synliggjøres i større grad ved at det utløser egen ISF refusjon enten gjennom DRG- eller STG systemet.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at man finner en måte å implementere dette på som både avgrenser refusjonen til verdiskapende og betydelige samarbeidsaktiviteter for pasienter hvor dette anses som særlig viktig, og som samtidig bidrar som et insentiv for økt samhandling mellom forvaltningsnivå og derav også forbedrede overganger.

⁷³ [Fastlegetariffen-2019-2020.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

⁷⁴ [ISF-regelverket 2020.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

3.5.3. Utvide finansieringsordning for at sykehuset samler flere tjenester under samme opphold

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
For pasienten er det ønskelig at sykehuset samler flere tjenester under samme opphold for å slippe oppstyking og forsinkelse av helsehjelpen samt unødvendige pasientreiser. Det er også i sykehusets interesse å kunne utføre mest mulig av planlagt helsehjelp samlet. En utfordring er at det ikke alltid er praktisk mulig og/eller lønnsomt for sykehusene å samle flere tjenester under samme opphold.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket innebærer at sykehusene får finansiering for å samle flere tjenester under samme opphold. Her er det igangsatt arbeid med ulike løsninger for ISF i dialog mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene (RHFene).
 - TFG (Tjenesteforløp) er et fokusområde innen ISF-ordningen. Områder som prioriteres videre er de med potensiale for effektivisering og forenkling for pasientene (ved å motvirke unødig oppstyking av tjenester; inntektsmessig nøytralitet ved samling av flere tjenester/tiltak samme dag).⁷⁵
 - "Flere tjenester samme dag" er ulike mekanismer for å ivareta ovenstående hensyn, eksempelvis unntaksregler der noen typer tjenester og tiltak skilles ut i spesifikke DRG-er som telles hver for seg (overstyring av den generelle aggregeringsregelen), egne refusjonskategorier for strukturert polikliniske dagtilbud (PHV/TSB) og egne refusjonskategorier for tverrfaglig utredning (somatikk). Unntaksreglene fra aggregering kan eventuelt også videreutvikles der det vurderes hensiktsmessig at sammensatt tjenesteinnhold skal telles på en mer fragmentert måte enn i dag.⁷⁶
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Prinsippet som bør legges til grunn er at det bør være lønnsomt for sykehusene å samle flere tjenester under samme opphold i de tilfellene det er ønskelig for å yte best mulig helsehjelp.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Tiltaket kan ha positive effekter for pasienter og sykehus ved at en unngår unødvendig oppstyking av helsetjenester og at sykehusene gis insentiver til å samle tjenester under samme opphold. Negative effekter er at det vil kreve arbeid å utarbeide, implementere og drifte ordningen.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å fortsette videreutvikling og fokus på TFG og "Flere tjenester samme dag".
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at de regionale helseforetakene bidrar med konkretisering av hvilke endringer som ønskes.

⁷⁵ TFG-systemet - Helsedirektoratet

⁷⁶ Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk - Helsedirektoratet

3.5.4. Opprette finansieringsordning som understøtter at fastlegene deltar i helsefellesskapene

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Utvikling av helsefellesskapene er en viktig del av NHSP 2020-2023 og i dette arbeidet har fastlegene en viktig rolle i å utforme og drifte tjenestetilbudet. Det kan imidlertid være utfordrende å få fastleger til å delta i slikt arbeid uten finansiering siden fastlegene vil ha utgifter knyttet til møter, formøter, reisetid og saksforberedelse som må dekkes.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket består av å opprette en finansiering som understøtter at fastlegene deltar i helsefellesskapene.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Finansieringen bør bygge på prinsippet om at fastlegene får tilstrekkelig økonomiske insentiver til å arbeide i helsefellesskapene og får dekket sine faktiske utgifter i forbindelse med arbeidet.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
De positive effektene ved tiltaket at det kan føre til økt deltakelse og involvering av fastlegene i arbeidet med helsefellesskapene, noe som vil være gunstig for utviklingen av tjenesten spesielt i oppstartsfasen. Det er allerede utviklet en veileder om fastlegenes deltakelse i helsefellesskap av Legeforeningen og Kommunesektorens organisasjon (KS).⁷⁷ Denne angir at: "for næringsdrivende fastleger anbefaler partene godtgjøring som næringsdrivende tilsvarende honorarsatsen i rammeavtalen pkt. 12.5 (per i dag 880 kroner per time). For møter, formøter og reisetid innen kontortiden (fastlegens avtalte åpningstid) honoreres legen to ganger honorarsatsen per time. For reisetid utenfor kontortiden og saksforberedelse honoreres legen time for time. Godtgjøringen beregnes for hver påbegynt halvtime. Tidsbruk avklares fortløpende." Negative virkninger er at dette potensielt kan gå på bekostning av andre oppgaver som fastlegene har og at finansieringen må hentes fra en kilde.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at veileder om fastlegers deltakelse i helsefellesskap som inneholder anbefalinger om oppnevning, rolle og honorering av fastleger i helsefellesskap følges opp.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at fastlegene får tilstrekkelige økonomiske insentiver til å arbeide med helsefellesskapene, og at dette ikke i for stor grad går ut over andre oppgaver som fastlegene har.

⁷⁷ [Veileder-fastlegerepresentasjon-i-helsefellesskap.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

3.5.5. Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av pasienter innlagt på sykehus

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Opplæring av pasienter og pårørende er en lovpålagt oppgave for helsetjenesten, og fra pasientens perspektiv er det ønskelig med opplæring i egen helse og egenomsorg. Det er en utfordring at organisering, innhold og form på lærings- og mestringstilbud varierer.⁷⁸ For enkelte pasientgrupper kan det være mangelfullt tilbud og/eller lange ventetider.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket som foreslås er at sykehusene får utvidet finansieringsordning for opplæring av pasienter under innleggelse på sykehus.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Opplæring og veiledning som kan knyttes til pasienter og som kan rapporteres til NPR blir i dag finansiert via ISF-ordningen. Det prinsipielle spørsmålet her er om opplæring av pasienter som er innlagt på sykehus skal finansieres ekstra utover dette eller om det anses som dekket gjennom ISF og basistilskuddet sykehusene tildeles. Tiltaket reiser også et prinsipielt om økt grad av administrasjon står i forhold til den potensielle helsegevinsten som oppnås.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger av tiltaket vil være at sykehuset gis økonomiske insentiver som kan stimulere til å gi god opplæring til pasienter mens de er innlagte på sykehus. Dette vil være gunstig for pasientene som vil få bedre kjennskap til egen helse og bedre mulighet til å drive egenomsorg. En økende opplæring av pasienter kan på sikt redusere de samlede utgiftene til helsehjelp. Negative virkninger er at det vil kreve økt administrasjon. Det er tidligere avdekket varierende registreringspraksis i helseforetakene knyttet til lærings- og mestringsaktiviteter, en kartlegging viste at det er ulik registreringspraksis mellom helseforetakene og mellom de enkelte avdelingene i samme helseforetak.⁷⁹ Den samme kartleggingen anbefaler også tre konkrete tiltak til endringer av finansieringen knyttet til opplæring av pasienter under innleggelse på sykehus.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å ikke prioritere å utvide finansieringsordningen for opplæring av pasienter under innleggelse på sykehus utover det man har i dag. Hovedgrunnen er at dette er å anse som en lovpålagt plikt og nødvendig helsehjelp som ytes under innleggelse, og denne aktiviteten blir allerede finansiert. Basert på tilgjengelig informasjon bør det i stedet arbeides med bedre registrering av lærings- og mestringsaktiviteter på sykehus.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at sykehusene registrerer lærings- og mestringsaktiviteter korrekt.

⁷⁸ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

⁷⁹ <https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/Dokumentasjonsrapport-ny-versjon-060917.pdf>

3.5.6. Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Helsepersonell tilknyttet sykehuset og kommunen skal få nødvendig opplæring til å yte forsvarlig helsehjelp, virksomhetene er derfor lovpålagt å arbeide med opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte. Det foreligger også en gjensidig veiledningsplikt mellom sykehus og kommunen for samarbeid om enkelte pasienter.⁸⁰ Det kan være en utfordring at de lovpålagte oppgavene knyttet til opplæring av helsepersonell ikke blir godt nok fulgt opp i helsetjenesten.
- Hvilke tiltak er relevante?
Relevante tiltak som kan vurderes er at det opprettes egen finansiering for opplæring av helsepersonell tilknyttet kommunene og sykehusene.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Det prinsipielle spørsmålet her er om opplæring av ansatte skal finansieres særskilt eller om det dekkes av basistilskuddet virksomhetene tildeles. Dagens ordning for finansiering er slik at generell veiledning og opplæring av helsepersonell anses ikke som helsehjelp og er ikke ISF-aktivitet, men finansieres gjennom basisbevilgningen. Opplæring og veiledning som kan knyttes til navngitte pasienter som kan rapporteres til NPR blir i tillegg finansiert gjennom ISF-ordningen.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger av tiltaket vil være at kommunen og sykehuset gis økonomiske insentiver som stimulerer til å gi god opplæring til ansatte. Det kan potensielt være gunstig i forhold til utskrivningsprosessen for å bedre opplæring i og etterlevelse av regler, avtaler og prosedyrer. Negative virkninger er at det vil kreve ressurser å opprette, innføre og drifte ordningen.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å ikke innføre særskilt finansiering av opplæring av helsepersonell tilknyttet kommunen eller sykehuset fordi dette er en lovpålagt plikt virksomhetene har og som forutsettes dekket av basisbevilgningene. Opplæring og veiledning som kan knyttes til navngitte pasienter som kan rapporteres til NPR blir i tillegg finansiert gjennom ISF-ordningen.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at økt finansiering fører til bedre opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte samt bedre helsetjenester.

⁸⁰ [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata §6-3 I-3/2013 SPESIALISTHELSETJENESTENS VEILEDNINGSPLIKT OVERFOR DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN - regjeringen.no](#)

3.6. Lovverk

3.6.1. Utrede helsetjenestens plikt til å tilby digital oppfølging dersom det er forsvarlig

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Det er en ønsket utvikling at pasienter som utskrives fra sykehus tilbys digital oppfølging dersom det er faglig forsvarlig. Slik oppfølging er allerede utprøvd som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram,⁸¹ og metoden har i økende grad vært brukt under covid-19 pandemien.⁸² Det er angitt som et nasjonalt mål at minst 15 % av konsultasjonene på sykehus skal gjennomføres på telefon eller video.⁸³ Det kan være en utfordring at tilbudet om digital oppfølging er mangelfullt og/eller varierende innenfor ulike fagfelt og/eller deler av landet.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket består i å gi helsetjenesten plikt til å tilby digital oppfølging dersom det er faglig forsvarlig.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Et prinsipielt spørsmål er om lovfesting er riktig og ønsket virkemiddel for å oppnå en endring raskere enn man ellers ville gjort.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive effekter av tiltaket er at sykehus og kommuner som ikke per i dag har tilbud om digital oppfølging oppretter et slik tilbud, noe som kan være gunstig både for helsetjenesten og pasientene. Negative virkninger er at det kan oppstå usikkerhet rundt hvilken type digital oppfølging som omfattes av lovverket, og unntakene for eksempel knyttet til pasienter som må møte fysisk på sykehuset for å få nødvendig helsehjelp. Ulemper av tiltaket er at løsningen ikke egner seg for alle pasienter og pårørende da løsningen forutsetter noe digital kompetanse og utstyr. Det vil være et omfattende arbeid å utvikle og implementere plikten til å tilby digital oppfølging i tjenesten.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å utrede om helsetjenesten bør ha plikt til å tilby digital oppfølging dersom det er forsvarlig, noe som vil kunne medføre at alle sykehus må ha et slikt tilbud innenfor alle fagfelt.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
Forutsetninger for en vellykket gjennomføring er at helsetjenesten og pasientene har tilstrekkelig kompetanse og utstyr til å gjennomføre digital oppfølging.

⁸¹ [Gode brukererfaringer med medisinsk avstandsoppfølging - Helsedirektoratet](#)

⁸² [Utviklingstrekkrapporten 2021 er her! - ehelse](#)

⁸³ [Sykehustalen 2021 - regjeringen.no](#)

3.6.2. Utrede pasientens rett til å få digital oppfølging dersom det er forsvarlig

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

Det er en ønsket utvikling at pasienter som utskrives fra sykehus tilbys digital oppfølging dersom det er faglig forsvarlig. Slik oppfølging er allerede utprøvd som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram,⁸⁴ metoden har i økende grad vært brukt under covid-19 pandemien.⁸⁵ Det er angitt som et nasjonalt mål at minst 15 % av konsultasjonene på sykehus skal gjennomføres på telefon eller video.⁸⁶ Det kan være en utfordring at tilbudet om digital oppfølging er mangelfullt og/eller varierende innenfor ulike fagfelt og/eller deler av landet.

- Hvilke tiltak er relevante?

Tiltaket består i at pasientens gis rett til digital oppfølging dersom det er faglig forsvarlig lovfestes.

- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?

Et prinsipielt spørsmål er om lovfesting er riktig og ønsket virkemiddel for å oppnå en endring raskere enn man ellers ville gjort.

- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

Positive effekter av tiltaket er at pasienter som ikke per i dag har fått tilbud om digital oppfølging får det, noe som kan være gunstig både for helsetjenesten og pasientene. Spesielt i små kommuner der det er store avstander til sykehus og lang reisevei til kommunale tilbud kan dette være gunstig. Negative virkninger er at det kan oppstå usikkerhet rundt hvilken type digital oppfølging som omfattes av lovverket, og unntakene for eksempel knyttet til pasienter som må møte fysisk på sykehuset for å få nødvendig helsehjelp. Ulemper av tiltaket er at løsningen ikke egner seg for alle pasienter og pårørende da løsningen forutsetter noe digital kompetanse og utstyr. Det vil være et omfattende arbeid å utvikle og implementere plikten til å tilby digital oppfølging i tjenesten.

- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

Det anbefales å utrede om pasienten bør få rett til tilbud om digital oppfølging dersom det er forsvarlig, noe som vil kunne medføre at flere pasienter får et slikt tilbud.

- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Forutsetninger for en vellykket gjennomføring er at helsetjenesten og pasientene har tilstrekkelig kompetanse og utstyr til å gjennomføre digital oppfølging.

⁸⁴ [Gode brukererfaringer med medisinsk avstandsoppfølging - Helsedirektoratet](#)

⁸⁵ [Utviklingstrekkrapporten 2021 er her! - ehelse](#)

⁸⁶ [Sykehustalen 2021 - regjeringen.no](#)

3.6.3. Revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter regulerer betaling for utskrivningsklare pasienter som blir værende innlagt i døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt tilbud.⁸⁷ Forskriften regulerer viktige områder knyttet til hvem som omfattes av ordningen, krav til varsling mellom tjenestene, vilkår for at en pasient er utskrivningsklar, overføring av pasienten og betaling for overtidige sykehusopphold. Problemet er at helsetjenesten ikke alltid klarer å følge lovverket, slik at den gjensidige varslingen foregår feil og/eller at pasienter blir liggende utskrivningsklare på sykehus.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket innebærer å revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Et prinsipielt spørsmål er om det er nødvendig og/eller formålstjenlig å revidere forskriften for å oppnå ønsket praksis.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Endringen av forskriften vil potensielt være gunstig dersom det fører til at samarbeidet mellom tjenestenivåene blir bedre. Forskriften handler i stor grad om økonomiske forhold og spesifikke bestemmelser knyttet til betaling for overtidige sykehusopphold. Det er derfor usikkert om endring av forskriften vil bidra til å løse enkelte av de utfordringene som finnes knyttet til utskrivningsprosessen. Et forslag har vært å spesifisere i forskriften at melding om utskrivningsklar pasient må sendes på dagtid, imidlertid viser tall fra NPR at over 90 % av meldingene blir sendt på dagtid (Vedlegg 3). Utredningen har avdekket at det i noen deler av landet finnes regionale/lokale avtaler om når slike meldinger skal sendes, mens det i andre deler av landet etterspørres.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at arbeidet med å revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter har lav prioritet. Bakgrunnen for dette er at en endring ikke vil løse enkelte av de utfordringene og målsetningene som er kartlagt. Et forbehold her er om det innføres en karensdag som foreslått i kapittel 3.5.1, dersom dette skal gjennomføres vil det etter direktoratets vurdering være nødvendig med en endring i forskriftens paragraf 13. Dersom det opprettes en progressiv økning av døgnpris som foreslått i kapittel 3.5.1, vil det etter direktoratets vurdering kreve endring av spesialisthelsetjenesteloven.⁸⁸
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at endring av forskriften fører til ønsket endring av praksis i helsetjenesten knyttet til utskrivning av pasienter.

⁸⁷ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115?q=forskrift%20om%20utskrivningsklar%20pasient>

⁸⁸ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

3.7. Faglige råd og veiledning

3.7.1. Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Det er behov for at sykehusene og kommunene i hele utskrivningsprosessen benytter de samme kriteriene for å vurdere funksjon og formidle hvilket funksjonsnivå pasienten har. I dag legger sykehus og kommuner til grunn ulik forståelse av pasientens funksjon og bruker ulike metoder og kriterier for å beskrive funksjonen. Det fører til at systemet som benyttes i kommunen ikke er kjent for de som jobber på sykehus og omvendt, og bidrar til uforutsigbarhet for alle involverte, herunder også pasienten. Både kommuner og sykehus benytter i dag funksjonsvurderingsverktøy, utfordringen er å bli enige om hvilket verktøy som bør benyttes for hele helsetjenesten og hvordan dette bør brukes.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av at det utvikles en felles funksjonsbeskrivelse til bruk i hele helsetjenesten.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til om det vil være mulig å lage en omforent funksjonsbeskrivelse mellom kommuner og sykehus som kan benyttes for alle pasienter.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger av forslaget vil være at sykehus og kommuner får felles funksjonsbeskrivelse og forståelse som vil være nyttig for samarbeidet, og at situasjoner hvor den ene parten ikke forstår vurderingen til den andre kan unngås. Negative virkninger er at det kan være krevende å utvikle omforent felles funksjonsbeskrivelse, og det vil være utfordrende å lage kriterier som kan brukes på alle pasienter. Det vil også være ressurskrevende å utvikle og innføre felles funksjonsbeskrivelse.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at det utarbeides felles funksjonsbeskrivelse til bruk i hele helsetjenesten.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at helsepersonellet tilknyttet kommuner og sykehus gjennom likeverdig samarbeid kan enes om en felles funksjonsbeskrivelse som kan benyttes for alle pasienter, og at det gjøres et arbeid med å implementere dette i tjenestene.

3.7.2. Utvikle likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Helsedirektoratet har i 2021 ferdigstilt et forprosjekt om Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene og kartlagt utfordringer og forbedringsområder.⁸⁹ Rapporten viser at ikke alle brukere, pasienter og pårørende i spesialisthelsetjenesten har likeverdig tilgang til de lærings- og mestringstilbudene av god kvalitet som de har behov for. Variasjonen er betydelig og det er til dels tilfeldig hvem som får tilbud med risiko for at ressursvake grupper ikke fanges opp. Det finnes ikke en felles forståelse av hva som ligger i begrepet læring og mestring, og det varierer hva som defineres som lærings- og mestringstilbud.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket som foreslås er å utvikle likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet. Dette innebærer å utrede og anbefale hvilken organisering, ansvars- og oppgavedeling av lærings- og mestringstjenester innen og mellom tjenestenivå som er mest hensiktsmessig. I tillegg inngår å videreutvikle nasjonale føringer og veiledere for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten samt vurdere juridiske og økonomiske virkemidler som tydeliggjør og fremmer lærings- og mestringsevne. Andre relevante tiltak kan være å arbeide med styringsinformasjon knyttet til læring og mestring.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket stiller et prinsipielt spørsmål knyttet til hvilke virkemidler som vil ha størst effekt og dermed bør benyttes for at hele befolkningen skal få likeverdige, kunnskapsbaserte og lovpålagte tjenester av god kvalitet.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger av tiltaket vil være at hele befolkningen sikres informasjon om og får lik tilgang til lærings- og mestringstilbud av god kvalitet, uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn, språk, kulturbakgrunn og livssituasjon. Dette vil for mange pasienter innebære en forbedring av tilbudet som finnes i dag, og vil kunne gi pasienter, brukere og pårørende økt innsikt, forståelse og mulighet til å mestre egen sykdom og situasjon. Det vil kreve ressurser å lage oversikt og videreutvikle tilbud og nasjonale føringer, og det kan være krevende å definere hva som regnes som likeverdig innenfor ulike fagfelt.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at anbefalinger gitt i rapporten fra forprosjekt om Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene følges opp.⁸⁹
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at arbeidet baserer seg på utfordringene og forbedringsområdene som er kartlagt i forprosjektet. I videre oppfølgingsarbeid bør berørte parter involveres.

⁸⁹ [Helsedirektoratets rapport om Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene](#)

3.7.3. Utvikle nasjonal veileder for epikrise

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Spesielt for pasienter som skal følges opp i kommunen etter utskriving er innholdet i epikrisen vesentlig for god overføring av informasjon om pasientens helsetilstand, hvilken helsehjelp som er mottatt i sykehuset, og en vurdering av oppfølgingsbehov. Selv om det finnes en forskrift for epikriser så kan innholdet i epikrisene være mangelfullt i forhold til å ivareta pasientens behov etter utskriving.⁹⁰ Land som for eksempel Danmark har derfor utviklet en nasjonal veileder for epikrise,⁹¹ og Helsedirektoratet utga i 2002 dokumentet "Den gode epikrise".⁹² En faglig gjennomgang av kvaliteten i epikrisene fra 2007 oppsummerte at kvaliteten på epikrisene gjennomgående var brukbar eller god.⁹³ Dette er i samsvar med resultatene fra en studie i 2005 der 90 % av norske allmennleger sa seg generelt fornøyd med epikrisene fra lokalsykehuset.⁹⁴ Imidlertid viste Riksrevisjonens undersøkelse av praksis for utskriving av pasienter fra 2017 at informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskriving av pasienter ikke har en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp.⁹⁵
- Hvilke tiltak er relevante?
Et relevant tiltak vil være å utvikle en nasjonal veileder for epikrise.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål om kvaliteten på epikrisene blir bedre av å lage en nasjonal veileder, og om det er mulig å lage en veileder som passer for alle pasienter. Et annet spørsmål er om innholdet i epikrisen er ivaretatt gjennom andre dokumenter som omtaler hvilke opplysninger som bør følge pasienten ved utskriving.^{96,97,98}
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive effekter av en nasjonal epikriseveileder vil potensielt være et mer omforent felles faglig innhold, felles språk og mindre variasjon. På den andre siden vil det være utfordrende å utarbeide en felles mal for alle fagfelt og pasienter, og det er usikkert i hvilken grad en nasjonal veileder til føre til forbedring av praksis.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å utarbeide en nasjonal veileder for epikrise fordi epikrisen er et helt sentralt dokument i utskrivningsprosessen som kan ha mangelfullt innhold.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at berørte parter deltar i utarbeidelsen av en nasjonal veileder for epikrise og at veilederen deretter blir brukt i helsetjenesten.

⁹⁰ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

⁹¹ <https://stps.dk/da/laering/risikoomraader/patientovergange/vejledning-om-epikriser/>

⁹² <https://docplayer.me/7101232-Medisinsk-faglig-innhold-i-epikriser-den-gode-epikrise.html>

⁹³ <https://tidsskriftet.no/2007/04/aktuelt/den-gode-epikrise-kriterier-og-evaluering>

⁹⁴ <https://tidsskriftet.no/2005/10/om-helsetjenesten/epikrisen-som-samhandlingsverktoy>

⁹⁵ [helseforetak_pasienter_kommunehelsetjeneste.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/helseforetak_pasienter_kommunehelsetjeneste.pdf) (riksrevisjonen.no)

⁹⁶ [Norsk forening for allmennmedisin sitt samhandlingsdokument mellom fastleger og sykehus](#)

⁹⁷ [Direktoratet for e-helse: Nasjonal standard for utskrivningsrapport](#)

⁹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/dokumentasjonsplikt/-45a.epikrise>

3.7.4. Revidere veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
I dag foreligger det en nasjonal veileder for samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak som omhandler lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak.^{99,100} Dagens veileder ble publisert i 2011 og det er behov for revisjon for å oppdatere veilederen for endringer de siste ti årene. Dette innebærer blant annet å tilpasse veilederen til målbildet i NHSP 2020-2023. Aktuelle områder som bør avtales er roller, ansvar og oppgaver i forbindelse med utvikling av helsefelleskapene og utvidelse av ordningen med hjemmesykehus. I tillegg vil veilederen utvikles slik at den bedre møter innmeldt behov i tjenestene med større fokus på prosesser rundt etablering av samarbeidsavtaler.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av å revidere den nasjonale veilederen for samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak som er et spesifikt oppdrag gitt til Helsedirektoratet som en del av NHSP 2020-2023.¹⁰¹
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser ikke prinsipielle spørsmål.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger vil være at helsetjenesten får en veileder som er oppdatert og tilpasset utviklingen i helsetjenesten. En oppdatert veileder kan også bidra til at avtalene blir utviklet gjennom en mer likeverdig prosess og blir bedre kjent, tilgjengelig og implementert. Dette kan være nødvendig etter hvert som helsetjenesten endrer seg. Negative effekter vil være ressursene som kreves for å gjennomføre revisjonsarbeidet og gjøre dette kjent for helsetjenesten.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at arbeidet med å revidere nasjonal veileder for samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak videreføres.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at alle parter involveres likeverdig i arbeidet og at revisjonen tar høyde for fremtidig utvikling av helsetjenesten.

⁹⁹ <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

¹⁰⁰ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 6

¹⁰¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>

3.7.5. Stimulere til teambasert samarbeid på tvers av sykehus og kommuner

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Teambasert arbeid blir i økende grad benyttet som arbeidsform i organiseringen av helsetjenesten i mange land og blir betraktet som en god måte å organisere arbeidet på. Teamarbeid vil bidra til å fremme kommunikasjon, koordinering og effektivitet i helsetjenesten, og at den samlede kompetansen og erfaringen blant helsepersonellet kommer pasientene til gode. En felles forståelse av samarbeid gjør at alt personell erfarer det lettere å ta opp situasjoner som kan være en risiko for pasientsikkerheten med hverandre. Det bidrar også til at pasientene opplever bedre involvering og en mer samordnet helsetjeneste. Utfordringen i dag er at slikt teambasert arbeid i liten grad er etablert i samarbeidet mellom sykehus og kommuner. Et eksempel på teambasert arbeid er læringsnettverk som er et pedagogisk rammeverk for å spre god praksis på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner.¹⁰² Metoden går ut på å samle team fra ulike helsetjenester/enheter for å lære og forbedre sammen og dele god praksis. Et annet eksempel på teambasert arbeid er bruk av pasientsentrert helsetjenesteteam.¹⁰³
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av å stimulere til teambasert arbeid på tvers av sykehus og kommuner.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til om helsepersonell ønsker å arbeide i team på tvers av tjenestenivåene, og om de har kompetanse og ferdigheter til slikt samarbeid.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive gevinster er at teambasert samarbeid kan bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet ved at en unngår uønskede hendelser som skyldes dårlig kommunikasjon eller manglende samarbeid. Et slikt teambasert samarbeid vil kunne oppleves som positivt både blant pasienter og helsepersonell, og fungerer til en viss grad i helsetjenesten i dag. Negative virkninger er at det vil ta tid og ressurser å etablere mer bruk av teambasert samarbeid, og det kan være krevende å få det til rundt alle pasienter.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at pågående arbeid med teambasert samarbeid videreføres, eksempler på slikt arbeid er opprettelsen av helsefelleskapene, Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 og etablering av læringsnettverk.^{104,105} Listen over pågående arbeid på dette området er ikke fullstendig.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at helsepersonell i kommunen og på sykehuset ønsker å bidra i samarbeidet, og at ledelsen tilrettelegger for dette.

¹⁰² [Hva er et læringsnettverk? - FHI](#)

¹⁰³ <https://intranett.unn.no/pasientsentrert-helsetjenesteteteam-psht/category46447.html>

¹⁰⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap/team>

¹⁰⁵ [Regjeringen: Opptrappingsplan habilitering](#)

3.8. Pedagogiske virkemidler

3.8.1. Bedre opplæring i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Det finnes mange rutiner, avtaler og prosedyrer på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå som regulerer hvordan utskrivningsprosessen bør foregå. En utfordring er at personell som jobber administrativt og pasientnært ikke kjenner til eller bruker disse. Det er ønskelig at utskrivningsprosessen foregår i henhold til nasjonale, regionale og lokale avtaler og prosedyrer. Dette er et ledelsesansvar siden virksomhetene er lovpålagt å arbeide med opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte. Det kan være ulike utfordringer knyttet til at egnede verktøy ikke er kjent eller blir riktig brukt innenfor forskjellige rammevilkår. Eksempler kan være at henvisningsveilederen ikke er kjent, PLO-meldingene sendes for sent eller med manglende innhold, eller at virksomheten ikke oppfyller sine plikter som fremgår av forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av bedre opplæring av helsepersonell i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til om kostnadene knyttet til å bedre opplæring av helsepersonell i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning står i forhold til helsegevinsten som oppnås.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive effekter av tiltaket vil være at helsepersonell ved bedre opplæring gjøres i stand til å yte helsehjelp av høyere kvalitet som vil komme pasientene og helsetjenesten til gode ved at praksis styrkes. Ulemper er at det vil kreve ressurser å drive slik opplæring, og det er spesielt utfordrende å sikre at rutiner, avtaler og prosedyrer blir etterlevd. Tiltaket kan knyttes til digital samling av læringsressurser som nevnt under punkt 3.8.2.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at det gjennomføres bedre opplæring av helsepersonell i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning, noe som vil komme pasienter, helsepersonell og helsetjeneste til gode. På dette området er det flere pågående nasjonale, regionale og lokale løsninger som gjennomføres og bør videreføres.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er god involvering av helsepersonell i kommuner og ved sykehus.

3.8.2. Utrede digital løsning for samling av opplæringsressurser for helsetjenesten

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Det finnes mange gode opplæringsressurser for ulike deler av helsetjenesten, men ressursene blir i liten grad delt og gjort tilgjengelig for andre. Både pasienter og helsepersonell har vansker med å få oversikt over hvilke opplæringsressurser som finnes, og kan oppleve at de ikke har tilgang til gode ressurser. Kommuner og sykehus har mye opplæringsressurser i tillegg til det som finnes hos helsemyndigheter, fagorganisasjoner, pasientorganisasjoner og andre steder. Manglende nasjonal oversikt, samling og deling av ressurser fører også til mye dobbeltarbeid, og at ressursene ikke kommer pasienter og helsepersonell til gode. Innen læring- og mestring er det for eksempel avdekket at helsepersonell mangler kjennskap til hva som finnes av behandlingstilbud til pasienter.¹⁰⁶
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av å utrede behovet for en digital samling av opplæringsressurser for helsetjenesten som omfatter både pasienter og helsepersonell. Basert på denne kartleggingen bør det deretter gjøres en vurdering av mulige løsninger.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål om kostnadene knyttet til å utvikle en digital løsning for samling av opplæringsressurser står i forhold til helsegevinsten som oppnås.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger vil være at pasienter og helsepersonell lett finner og får tilgang til opplæringsressurser, og at det unngås mye dobbeltarbeid som gjøres i dag. Negative virkninger vil være at det vil være ressurskrevende å utvikle, drifte og vedlikeholde en slik digital samling. Det vil også være utfordringer knyttet til opphavsrett og tilgangsstyring som må løses. Når tiltaket er innført vil det kunne brukes i hele landet og være varig, men med behov for oppdateringer.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å utrede muligheten for en digital samling av opplæringsressurser for helsetjenesten som omfatter både pasienter og personell.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
Forutsetningene for vellykket gjennomføring er at de som bidrar med ressurser ønsker å dele dette med andre og at problemstillinger knyttet til opphavsrett og tilgangsstyring lar seg løse. En annen forutsetning er at den digitale løsningen gjøres kjent og brukes av målgruppene.

¹⁰⁶ [Helsedirektoratets rapport om Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene](#)

3.8.3. Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Gode kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell er nødvendig for å samhandle godt med pasient, pårørende og annet helsepersonell. Mange av klagene på helsetjenesten omhandler svikt i kommunikasjonen mellom lege og pasient eller mellom helsepersonell. Det skyldes både individuelle og strukturelle forhold, manglende kunnskaper og ferdigheter. Kommunikasjon er derfor et sentralt virkemiddel for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket består i teoretisk og praktisk opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell. Det kan skje gjennom grunnutdanning samt videre- og etterutdanning av relevante helsepersonellgrupper. For eksempel inngår kommunikasjon blant de felles kompetansemålene for spesialutdanning av leger innenfor alle spesialiteter, hvor kandidatene har læringsmål innenfor teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og holdninger.¹⁰⁷
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Et prinsipielt spørsmål er hvordan slik opplæring best kan gis og føre til forbedring av praksis.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkinger vil være at kommunikasjonsferdighetene hos helsepersonellet bedres, som vil være gunstig for alle samarbeidende parter og kan potensielt kunne bidra til færre pasientklager samt bedre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Negative effekter er at en slik teoretisk og praksis opplæring vil kreve ressurser.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at oppstartet arbeid med å fremme kommunikasjonsferdigheter videreføres. dette gjelder ulike initiativ i forbindelse med utdanning, spesialisering og videreutdanning av helsepersonell og ulike tiltak som gjøres av helsemyndighetene og helsetjenesten.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at helsepersonell i tjenesten er motivert til å delta på teoretisk og praktisk opplæring i kommunikasjonsferdigheter, og at ledelsen legger til rette for at ansatte deltar.

¹⁰⁷ Felles kompetansemål - Helsedirektoratet

3.8.4. Forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Både for sykehus og kommuner vil nøyaktig angivelse av når pasienten er utskrivningsklar være viktig for å planlegge helsehjelpen på begge tjenestenivåer. Det kan imidlertid være utfordrende å nøyaktig estimere liggetid for pasienter på sykehus, og det kan tilkomme hendelser i pasientforløpet som påvirker liggetiden. Det er ønskelig at sykehuset benytter kunnskapsbaserte metoder for å estimere pasientens liggetid på sykehus, og kommer med nøyaktige angivelser av når pasienten er utskrivningsklar. I dag anslås tiden i stor utstrekning på bakgrunn av klinisk kunnskap og erfaring hos helsepersonellet som behandler pasienten.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av å forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til om kostnadene knyttet til å forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus står i forhold til helsegevinsten som oppnås. Et sentralt usikkerhetsmoment er om det er mulig å utvikle gode metoder for å estimere liggetid som gir valide resultater for en heterogen norsk pasientpopulasjon.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Tiltaket innebærer at det utvikles en metode for å estimere pasientens liggetid som er mer nøyaktig enn den metoden som brukes i dag. Det er et spørsmål om hvor nøyaktig en slik metode vil være når den skal kunne brukes på ulike typer pasienter. Dersom det er mulig å lage en nøyaktig metode, vil det kunne være til stor nytte for helsetjenesten og pasientene. Det vil være ressurskrevende å utvikle en slik metode, og det kan være at resultatene viser at metoden ikke er bedre enn ordningen som er i dag. Metoden med å estimere liggetid for enkeltpasienter er krevende, og resultatene vil ofte kunne angi et gjennomsnitt og en spredning i forhold til grupper av pasienter. En eventuell metode vil heller ikke kunne ta høyde for uforutsette medisinske hendelser som skjer etter at liggetiden er anslått.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å ikke prioritere arbeidet med å utvikle metoder for å estimere liggetid på sykehus. Selv om det er sterk ønskelig for pasienter og helsepersonell at en god metode finnes, vil det være ressurskrevende å utvikle en metode som gir nøyaktige resultater i en blandet norsk pasientpopulasjon.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
Tiltaket krever mye arbeid av god kvalitet knyttet til å utvikle en nøyaktig metode for å estimere liggetid på sykehus for en heterogen norsk pasientpopulasjon. Etter at metoden er utviklet må den valideres, og metoden kan ikke innføres dersom den ikke er valid. Dersom det oppnås valide resultater vil det være et omfattende arbeid å innføre dette i helsetjenesten.

3.8.5. Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Direktoratet for e-helse har utarbeidet en norsk standard og veileder for pleie- og omsorgsmeldinger.¹⁰⁸ Til tross for dette ser det ut til at kunnskapen omkring standarden og veilederen blant helsepersonell er mangelfull, og at etterlevelsen i helsetjenesten ikke er god nok. Det er ønskelig å øke kompetansen og bedre praksis på dette området blant helsepersonell.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket består i å opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål knyttet til om det er behov for dette. Direktoratet for e-helse har i dialog med Kommunesektorens organisasjon (KS) og deres eKomp-nettverk ikke avdekket et slikt behov. Det er også vanskelig å vurdere om brukerstøtte eller e-læring vil gi ønsket effekt.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger av et slikt tiltak kan potensielt være at etterlevelsen av veilederen for bruk av PLO-meldinger bedres i helsetjenesten. Dette kan oppnås ved å lage et e-læringsprogram med målsetning om å øke kunnskapen eventuelt kombinert med en ordning for brukerstøtte for å bedre etterlevelsen. Negative virkninger av det foreslåtte tiltaket vil være kostnader knyttet til opprettelse, drift og vedlikehold av ordningene. Det vil være usikkerhet omkring i hvilken grad tiltakene fører til endret praksis i helsetjenesten.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at det å opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger har lavere prioritet. Hovedgrunnen er usikkert om helsetjenesten har behov for løsningen, og om tiltaket vil føre til bedre helsetjeneste.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring vil være at brukerstøtten eller e-læringsprogram opprettes med god involvering av brukere, og at det deretter følges opp med implementering i helsetjenesten.

¹⁰⁸ <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/standard-for-elektronisk-kommunikasjon-med-pleie-og-omsorgstjenesten-v1.6>

3.9. Andre virkemidler

3.9.1. Gjennomgå ordningen med pasienttransport

- Hva er problemene, og hva vil vi oppnå?

Utredningen har avdekket til dels mange utfordringer knyttet til pasienttransport, hovedproblemet er ved utskrivning fra sykehus, men tilsvarende utfordringer ses til dels også ved innleggelse. I arbeidet har det fremkommet at både brukere og helsepersonell synes dagens ordning ikke fungerer tilfredsstillende. Helsetilsynet har nylig kartlagt at befolkningen i Nord-Norge får uforsvarlige ambulanseflytjenester.¹⁰⁹

En oppsummering av utfordringene er:

- Transportmetoden (dvs. transportmiddel, tid på døgnet og ventetid) kan i enkelte tilfeller være ugunstig for pasienten og i noen tilfeller også for helsetjenesten
 - Manglende involvering av pasienten ved planlegging og gjennomføring
 - Transport til og fra sykehus på ugunstige tidspunkter som for eksempel natt
 - Uforutsigbarhet omkring når transporten faktisk kommer for alle involverte
 - Manglende mulighet for helsepersonell, pasienter og pårørende til å spore transporten
 - Manglende kapasitet som medfører forsinket transport
 - Manglende tidsfrister for utførelsen av oppdraget
 - Manglende tilgjengelig statistikk i forhold til for eksempel ventetider
 - Pårørende får i begrenset grad dekket utgifter til transport av pasient til og fra sykehus
- Hvilke tiltak er relevante for å løse problemene?
Det vurderes at utfordringsbildet knyttet til pasienttransport er omfattende som vist i listen over, og det ser ikke ut til å være enkelttiltak som kan forbedre situasjonen. De beskrevne utfordringene knyttet til pasienttransport er kjent fra tidligere, og Stortinget har vedtatt å evaluere pasientreiseordningen.¹¹⁰ Som del av dette har de regionale helseforetakene gjennomgått organisering av pasientreiseordningen.¹¹¹ Helsedirektoratet har i tillegg foretatt en evaluering av pasientreiseforskriften.¹¹² Både pasienter og helsepersonell vil kunne ha nytte av en løsning med mulighet til å spore transportoppdraget slik at de kan følge med på forsinkelser og liknende. Det kan også vurderes å fastsette krav til tidsfrister for gjennomføring av transportoppdrag.
 - Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at det foretas en nasjonal gjennomgang av hele ordningen knyttet til pasienttransport som involverer berørte parter og baserer seg på det arbeidet som har vært gjennomført.

¹⁰⁹ [Uforsvarlige ambulanseflytjenester | Helsetilsynet](#)

¹¹⁰ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=70653>

¹¹¹ <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2020/02.09.2020/Sak%2010020%20Vedl.%201%20-%20Rapport%20pasientreiser%20organisering.pdf>

¹¹² [Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester \(pasientreiseforskriften\) - Lovdata](#)

3.9.2. Sikre at strukturerte utskrivningssamtaler blir gjennomført

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Ved utskrivning fra sykehus er utskrivningssamtalen mellom helsepersonell og pasient eventuelt pårørende viktig for å oppnå en felles forståelse av sykdommen, behandlingen og videre plan for oppfølging. I dag kan det ved utskrivning fra sykehuset være uklart for pasient og pårørende hva som har hendt under sykehusoppholdet og hva som er videre plan for oppfølging. Det blir ikke alltid gjennomført en strukturert utskrivningssamtale hvor dette fremgår. Pasientsikkerhetsprogrammet har i sitt tiltak "Trygg utskrivning" anbefalt at det gjennomføres en strukturert utskrivningssamtale,¹¹³ men det er usikkert i hvilken grad denne anbefalingen etterleves.¹¹⁴
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av å sikre at strukturerte utskrivningssamtaler alltid blir gjennomført. Dette kan gjøres på ulike måter, for eksempel ved å utvikle en felles nasjonal mal/sjekkliste for utskrivningssamtaler og/eller dokumentasjon/finansiering av at samtale er gjennomført.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Tiltaket reiser et prinsipielt spørsmål om utfordringen allerede er godt nok ivaretatt gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet sitt tiltak "Trygg utskrivning".¹¹⁴
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive effekter av tiltaket er potensielt at utskrivningssamtale i økende grad blir gjennomført, noe som vil være gunstig for pasienter og helsepersonell. Innføring av sjekklister vil kunne føre til at nødvendige temaer blir tatt opp i samtalen og at pasienter alltid får med seg skriftlig informasjon fra sykehusoppholdet. Negative effekter ved en mal er at det vil kreve ressurser å utvikle og implementere denne i tjenestene, og at en slik mal i stor grad finnes fra tidligere. Negative effekter ved dokumentasjon av at samtalen er gjennomført er at dette regnes som en del av vanlig pasientbehandling og i liten grad vil gjenspeile kvaliteten i den informasjonen som gis.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å prioritere arbeidet med å sikre at strukturerte utskrivningssamtaler blir gjennomført på en god måte. Det er viktig at pasient og eventuelt pårørende får beskjed om samtalen på forhånd. Det er imidlertid usikkert om det er behov for en ny mal/sjekkliste for utskrivningssamtaler eller dokumentasjon/finansiering av gjennomført samtale. Tjenestene har allerede tilgang til mal gjennom tiltaket "Trygg utskrivning".¹¹⁴ Dokumentasjon av at samtalen er gjennomført anses delvis unødvendig fordi samtalen inngår i ordinær praksis, og gir ikke nødvendigvis pasient og pårørende bedre informasjon.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
- Utvikling av en mal og eventuelt dokumentasjon av utskrivningssamtale vil kreve involvering av berørte parter og arbeid knyttet til å implementere tiltakene i helsetjenesten.

¹¹³ Trygg utskrivning - Pasientsikkerhetsprogrammet

¹¹⁴ <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp>

3.9.3. Endre prioritering, holdning og kultur i helsetjenesten

- Hva er problemene, og hva vil vi oppnå?

Utskrivning av pasienter fra sykehus utføres i enkelte tilfeller på en måte som er uheldig for pasienten, og flere forhold knyttet til prioritering av arbeidsoppgaver, holdninger og kultur i helsetjenesten kan være ugunstig. En oppsummering av utfordringene som er fremkommet i utredningen er gjengitt under:

- Utskrivningen har for liten oppmerksomhet og prioritet blant mange oppgaver som skal løses i en sykehusavdeling. For eksempel kan uerfarne leger få i oppdrag å skrive ut mange pasienter i løpet av en dag i tillegg til andre oppgaver. Dette kan forekomme uten tilstrekkelig supervisjon og veiledning av overlege med nødvendig fagkompetanse på pasientens helseproblem og/eller erfaring med utskrivningsprosessen
 - Det kan være dårlig kontinuitet i pasientarbeidet som medfører at utskrivende lege i begrenset grad er godt kjent med pasientens helseproblem
 - Planleggingen kan være mangelfull, for eksempel at det ikke er bestilt nødvendig utstyr som pasienten trenger før avreise som en rullestol
 - Det tverrfaglige samarbeidet er ikke godt nok, for eksempel at viktige oppfølgingspunkter fra fysioterapeut eller annet helsepersonell ikke formidles videre hverken i utskrivningssamtalen, epikrisen eller utskrivningsrapporten
 - Utskrivningssamtalen kan bære preg av tidsnød samt manglende involvering av andre enn lege og pasient. Ofte vil det være naturlig å involvere sykepleier og pårørende, men det kan være krevende å få til i praksis. Tidspress kan føre til dårlig kvalitet i utskrivningen, for eksempel at pasienten ikke får nok informasjon eller anledning til å stille spørsmål
- Hvilke tiltak er relevante for å løse problemene?
Det vurderes at utfordringsbildet knyttet til oppgaveløsning, holdninger og kultur kan være omfattende. Det er sannsynligvis god praksis de fleste steder, men uheldig praksis kan forekomme og det ser ikke ut til å være enkle tiltak som kan forbedre situasjonen. Utfordringene skissert over gjelder i hovedsak det som skjer internt på en sykehusavdeling, og utfordringene bør derfor løses der. Det er viktig for kvaliteten og pasientsikkerheten å sikre overgangen mellom tjenestenivåene, og som ledd i dette arbeidet er utskrivningen fra sykehuset sentralt. I mange år har det vært arbeidet systematisk med forbedring av hvordan pasienter blir håndtert ved innleggelse på sykehus, for eksempel at de raskt vurderes av helsepersonell med høy grad av kompetanse og med fokus på gode kommunikasjonsferdigheter og godt tverrfaglig samarbeid. Det ser ikke ut til at utskrivningen har gjennomgått samme type forbedring, selv om det er en tilsvarende situasjon med behov for liknende type sikring av sårbare overganger.
 - Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales at sykehusene selv vurderer om oppgaveløsning, holdninger og kultur i forbindelse med utskrivningsprosessen kan forbedres med utgangspunkt i de utfordringene som er beskrevet ovenfor.

3.9.4. Gi helsepersonell i kommunen tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
Problemstillingen er knyttet til pasienter som mottar kommunale tjenester og som legges inn på sykehus. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter gir sykehus ansvar for å varsle kommunen om at en pasient er innlagt på sykehus. Utover dette har helsepersonell tilknyttet kommunen ikke tilgang til informasjon om hvilke av deres pasienter som er innlagt. Dette skaper utfordringer i situasjoner hvor helsepersonellet ikke får kontakt med pasientene, for eksempel når en hjemmesykepleier skal på hjemmebesøk. Helsepersonell i kommunen bruker i slike tilfeller mye ressurser på å oppspore pasienten, og kan ende opp med unødvendig å måtte bryte seg inn i en bolig. Det er usikkert hvor omfattende denne utfordringen er, og det vil være naturlig å kartlegge behovet før en starter et omfattende arbeid med å finne en løsning.
- Hvilke tiltak er relevante?
Tiltaket vil bestå av å utvikle en løsning som gir helsepersonell i kommunen rask tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus når de har tjenstlig behov. Dette kan skje på ulike måter, for eksempel ved endring av rutiner for samhandling mellom kommuner og sykehus eller ved digitale løsninger. Dersom behovet skal løses ved digitale løsninger, er det viktig at løsningen er i tråd med de nasjonale helsepolitiske føringer og nasjonale planer for digital samhandling.
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
Løsningen vil innebære en avveining av interesser knyttet til helsepersonell sitt tjenstlige informasjonsbehov opp mot pasientens rett til ivaretagelse av personvern. Hvis det etableres en digital løsning vil den måtte driftes i lang tid, og det bør gjennomføres en kost/nyttvurdering av løsningen.
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
Positive virkninger vil være for helsepersonell i kommunene som vil få en enklere arbeidshverdag, helsepersonell på sykehus vil også kunne unngå henvendelser knyttet til hvem som er innlagt på sykehuset. Negative virkninger er at løsningen forutsetter økt deling av helseopplysninger slik at hensynet til pasientenes personvern må ivretas på en tilfredsstillende måte.
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
Det anbefales å utrede om det er behov for å gi helsepersonell i kommunen tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus. Basert på denne kartleggingen bør det deretter gjøres en vurdering av mulige løsninger.
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?
En forutsetning for vellykket gjennomføring er at behovet er godt utredet. Dersom det skal utvikles en digital løsning, må den tilfredsstillende krav til informasjonssikkerhet og personvern. Løsningen forutsetter at alle har nødvendig utstyr og opplæring.

4. Samlet vurdering og prioritering av virkemidler

4.1. Innledning

Utredningen har identifisert mange utfordringer tilknyttet utskrivningsprosessen og foreslått målsetninger for hva som er ønskelig å oppnå, dette er beskrevet i kapittel 2. Videre inneholder utredningen mange konkrete forslag til tiltak som kan benyttes for å oppnå en bedre utskrivningsprosess, dette er beskrevet i kapittel 3.

Siden utfordringsbildet er sammensatt og flere løsninger er tett knyttet til hverandre, er det behov for en samlet vurdering av hva som er ønskelig å oppnå og hvordan forbedringer bør skje. Dette kapittelet tar derfor sikte på å foreta en vurdering og prioritering av vurderte tiltak. Som angitt i oppdraget er de vurderte tiltakene i hovedsak knyttet til de nasjonale rammevilkårene, i tillegg et det lagt til fire andre tiltak som faller utenfor disse hovedkategoriene.

4.2. Vurderte tiltak med høy prioritet

Utredningen synliggjør at det er behov for utvidet kunnskap om overtidige sykehusopphold, og dagens kvalitetsindikator epikrisetid bør endres for å synliggjøre epikrisetid for utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning.

Innenfor området digitale virkemidler er det behov for å utrede en digital løsning for flerparts videomøter som kan brukes til ulike formål i helsetjenesten.

På området finansiering vil et tiltak for å redusere overtidige sykehusopphold være en endring av dagens betalingsordning. Det anbefales å innføre egen finansieringsordning som understøtter samarbeidet mellom sykehus og kommune i arbeidet med utforming av helhetlige helsetilbud.

Det foreslås å utrede behovet for lovendringer som vil gi pasientene rett til, og sykehusene plikt til, å tilby digital oppfølging.

Innenfor områdene faglige råd og veiledning og pedagogiske virkemidler anbefales ulike tiltak. For å bidra til omforent forståelse av pasientens funksjon er det behov for felles funksjonsbeskrivelse. Det er viktig å oppnå likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet. En nasjonal veileder for epikrise kan bidra til bedret kvalitet på informasjonen som følger ved utskrivning. Det bør arbeides med bedre opplæring av helsepersonell i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivningsprosessen. De mange gode opplæringsressursene som finnes i helsetjenesten bør i større grad samordnes og gjøres tilgjengelige både for pasienter og helsepersonell.

Det er i utredningen fremkommet flere utfordringer knyttet til pasienttransport og det er behov for at hele ordningen gjennomgås. I tillegg bør strukturerte utskrivningssamtaler sikres.



Figur 4: Oversikt over vurderte tiltak med høy prioritet, hvert enkelt tiltak er omtalt og vurdert i kapittel 3.

4.3. Pågående arbeid som bør videreføres

På flere av områdene som er vurdert er det pågående arbeid som er aktuelle for å bidra til en god utskrivningsprosess, disse er omtalt her for å kunne gi en samlet oversikt over aktuelle tiltak.

Det er et pågående arbeid med å innføre nasjonal kvalitetsindikator knyttet til avstandsoppfølging av pasienter, dette henger sammen med målsetningen om at minst 15 % av konsultasjonene på sykehus skal gjennomføres på telefon eller video.

Innenfor digitale virkemidler er det ønskelig å videreutvikle digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helsehjelp. For helsetjenesten er det viktig å videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger. Målsetninger er at helsepersonell har tilgang til nødvendige helseopplysninger om pasienter når de har tjenstlig behov, uavhengig av hvor og når opplysningene er innhentet og lagret.

Tilsvarende gjelder på finansieringsområdet der det pågår arbeid med å utvide ordningen som stimulerer til at sykehusene samler flere tjenester på samme dag. I tillegg er det igangsatt et arbeid for å finansiere at fastlegenes deltar i helsefelleskapene.

Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak er sentrale verktøy for samhandlingen mellom aktørene og disse er til revisjon på bakgrunn av endringer i helsetjenesten. Ulike former for teambaserte samarbeid på tvers av disse tjenestene er viktige, dette er arbeid som pågår i tjenestene og bør videreføres.

Kommunikasjonsferdighetene blant helsepersonell er av stor betydning både for samhandling med annet helsepersonell og opp mot pasienter og pårørende. Her pågår det viktig arbeid på som bør videreutvikles.



Figur 5: Oversikt over pågående arbeid for forbedring som bør ferdigstilles, hvert enkelt tiltak er omtalt og vurdert i kapittel 3.

4.4. Vurderte tiltak med lavere prioritet

Enkelte av virkemidlene som er vurdert i utredningen er ansett å ha lavere prioritet enn tiltakene nevnt over. Dette betyr ikke at tiltakene er vurdert som lite viktige eller uegnede. Årsaken til at de har lavere prioritet kan variere. Det kan for eksempel være at utfordringen ikke anses å være stor nok, tiltaket er vanskelig å gjennomføre i praksis, at det allerede finnes en løsning og/eller usikkert om tiltaket vil bidra til bedre helsetjenester. Vurderinger knyttet til dette vil fremgå av kapittel 3 hvor hvert tiltak er vurdert.

Etablering av styringsinformasjon for tidspunkt på døgnet pasienten utskrives har lavere prioritet, hovedsakelig fordi en veldig liten andel av pasientene utskrives om natten og hos utvalgte pasienter er det ønsket praksis. I vurderingen av styringsinformasjon knyttet til unødvendige innleggelser på sykehus er hovedargumentet at det er krevende å utvikle gode metoder for å skille nødvendige fra unødvendige innleggelser.

Utvidelse av finansieringsordninger for opplæring av pasienter innlagt på sykehus og utvidet finansiering av opplæring av helsepersonell er vurdert og har lavere prioritet. Hovedgrunnen til at disse tiltakene har lavere prioritet er at det er etablert finansieringsordninger for begge typer opplæring, og det er usikkert om endringer vil føre til bedre helsetjeneste. Dersom dette skal finansieres særskilt må midlene tas fra andre deler av helsetjenesten.

Revisjon av forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter har vært vurdert som et aktuelt tiltak, men det er anbefalt at det har lavere prioritet. Et unntak her er eventuelt endring av betalingsordningen for overtidige sykehusopphold for å unngå at pasienter blir liggende lenge utskrivningsklare på sykehus.

Arbeidet med å forbedre metoder for å estimere liggetid på sykehus har lavere prioritet selv om det potensielt er et viktig tiltak for god samhandling mellom tjenestenivåene. Hovedgrunnen er at det vil være krevende å utvikle en metode som gir nøyaktige resultater i en blandet norsk pasientpopulasjon, spesielt i forhold til å kunne forutsi liggetid for enkeltpasienter.

Å opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger har lavere prioritet fordi det er usikkert knyttet til behovet og effekten av et slikt tiltak.

Konkrete tiltak for å endre prioriteringer, holdninger og kultur i helsetjenesten er også vurdert med lavere prioritet hovedsakelig fordi dette krever lokal innsats. For å vurdere å gi helsepersonell i kommunen tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus bør det på forhånd kartlegges hvor stort behovet er før forslaget vurderes gjennomført.

<p>Styringsinformasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere styringsinformasjon knyttet til tidspunktet på døgnet for utskrivning • Etablere styringsinformasjon knyttet til unødvendige innleggelser på sykehus
<p>Digitale forutsetninger</p>	
<p>Finansiering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av pasienter innlagt på sykehus • Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell
<p>Lowverk</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
<p>Faglig råd og veiledning</p>	
<p>Pedagogiske virkemidler</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus • Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger
<p>Andre virkemidler</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Endre prioritering, holdning og kultur i helsetjenesten • Gi helsepersonell i kommunen tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus

Figur 6: Oversikt over vurderte tiltak med lavere prioritet, hvert enkelt tiltak er omtalt og vurdert i kapittel 3.

5. Oppsummering

5.1. Hovedfunnene i utredningen

Utredningen om ønsket innretning av utskrivningsprosessen har bestått av å kartlegge utfordringer, fastsette målsetninger og vurdere virkemidler som kan skape forbedring. Virkemidlene som er vurdert er i hovedsak innenfor nasjonale rammevilkår, og arbeidet har bestått av å vurdere hvordan disse kan forbedres og/eller etterleves bedre i helsetjenesten.

Utredningsarbeidet har hatt som målsetning å komme med konkrete forslag for å forbedre hele utskrivningsprosessen fra pasienten vurderes innlagt i sykehus til pasienten følges opp i kommunen etter utskrivning. Hovedmålet med arbeidet har vært at pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell opplever en tryggere og bedre utskrivning. Arbeidet har fokusert på å finne generiske løsninger med målsetning om at løsningene skal kunne brukes innenfor alle fagfelt og alle pasient- og brukergrupper, og for alle deler av landet.

Arbeidet bygger på det overordnede målbildet som er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, og har hatt som intensjon å være fremtidsrettet opp mot målene som er angitt i planen.

I dette kapitlet gis en samlet oversikt over vurderte tiltak i utredningen inndelt etter hvilke tiltak som er vurdert å ha høy prioritet, hvor det pågår arbeid, og tiltak vurdert til å ha lavere prioritet. En detaljert beskrivelse av hvert enkelt vurderte tiltak er gitt i kapittel 4.

5.2. Oppsummering av vurderte tiltak med høy prioritet

Utredningen har kartlagt virkemidler med høy prioritet i videre arbeid, disse er oppsummert:

- Utvide styringsinformasjon knyttet til overtidige sykehusopphold
- Endre kvalitetsindikatoren epikrisetid til spesifikt å angi epikrisetid for utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter sykehusoppholdet
- Utrede digital løsning for flerparts videomøter
- Endre betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter
- Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
- Utrede helsetjenestens plikt til å tilby digital oppfølging dersom det er forsvarlig
- Utrede pasientens rett til å få digital oppfølging dersom det er forsvarlig
- Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten
- Utvikle likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet
- Utvikle nasjonal veileder for epikrise
- Bedre opplæring i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning
- Utrede digital løsning for samling av opplæringsressurser for helsetjenesten

- Gjennomgå ordningen med pasienttransport
- Sikre at strukturerte utskrivningssamtaler blir gjennomført

5.3. Oppsummering av pågående tiltak som bør videreføres

I tillegg har utredningen kartlagt pågående arbeid som bør videreføres, disse er oppsummert:

- Etablere styringsinformasjon knyttet til andelen pasienter som får avstandsoppfølging
- Videreutvikle digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helse
- Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
- Utvide finansieringsordning for at sykehuset samler flere tjenester under samme opphold
- Opprette finansieringsordning som understøtter at fastlegene deltar i helsefelleskapene
- Revidere veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner
- Stimulere til teambasert samarbeid på tvers av sykehus og kommuner
- Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell

5.4. Oppsummering av vurderte tiltak med lavere prioritet

Utredningsarbeidet har vurdert virkemidler som har lavere prioritet, disse er oppsummert:

- Etablere styringsinformasjon knyttet til tidspunktet på døgnet for utskrivning
- Etablere styringsinformasjon knyttet til unødvendige innleggelser på sykehus
- Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av pasienter innlagt på sykehus
- Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell
- Revidere forskrift for om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus
- Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger
- Endre prioritering, holdning og kultur i helsetjenesten
- Gi helsepersonell i kommunen tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus

Utredningen har på relativt kort tid vurdert mange og til dels veldig ulike forslag til forbedring, og alle fordeler, ulemper og konsekvenser av tiltakene er ikke fullt ut utredet. Det vil for mange av tiltakene være behov for en nærmere utredning og eventuelt utprøving før de besluttes innført eller gjennomført. Noen av tiltakene vil kunne påvirke hverandre og bør vurderes samlet opp mot hva som er ønsket utvikling av helsetjenesten.

Vedlegg

Vedlegg 1. Medlemmer av ekstern arbeidsgruppe

Tabellen under gir en oversikt over medlemmer i ekstern arbeidsgruppe, hvilken organisasjon de representerer og deres stilling/tittel/rolle i arbeidet.

Organisasjon	Person	Stilling/tittel/rolle
Helse Midt-Norge RHF	Synnøve Haram Rotnes	Kvalitetsrådgiver, Helse Møre og Romsdal
Helse Nord RHF	Kari Lofthus	Spesialfysioterapeut, Universitetssykehuset Nord-Norge
Helse Sør-Øst RHF	Ole Tjomsland	Prosjektleder, Helse Sør-Øst
Helse Vest RHF	Linda Andersson	Spesialrådgiver, Helse Fonna
Kommunesektorens organisasjon (KS)	Sigrid J. Askum Torun Risnes Lisa Friborg	Fagleder helse Representant for kommune Representant for kommune
Oslo kommune	Eva Graziano	Spesialrådgiver
Direktoratet for e-helse	Sonja Turøy Brugman Annebeth Askevold	Seniorrådgiver Seniorrådgiver
Den norske legeforening	Geir Arne Sunde Ståle O. Sagabråten	Spesialist i anesthesiologi Spesialist i allmennmedisin
Norsk Sykepleierforbund	Line Hasund	Spesialrådgiver
Norsk psykologforening	Thea Lauritsen	Psykolog, Kompetansesenteret Psykisk helse- og rusarbeid, Drammen kommune
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	Line Hole	Brukerrepresentant
Personskadeforbundet	Birte Sand Rismyhr	Brukerrepresentant

Tabell 5: Oversikt over medlemmer i ekstern arbeidsgruppe.

Vedlegg 2. Gjennomførte møter i utredningen

Tabellen nedenfor gir en oversikt over gjennomførte møter med Helse- og omsorgsdepartementet, den eksterne arbeidsgruppen og referansegruppen for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Dato	Beskrivelse av møtet	Formål med møtet
02.03.20	Møte med Helse- og omsorgsdepartementet	Avklare forventninger til innholdet i utredningen
23.06.20	Møte med Helse- og omsorgsdepartementet	Tolkning av oppdraget og plan for arbeidet
10.09.20	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Kartlegge utfordringer og målsetninger før innleggelse på sykehus
09.10.20	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Kartlegge utfordringer og målsetninger under oppholdet på sykehus
09.10.20	Møte med Helse- og omsorgsdepartementet	Statusoppdatering på oppdrag tilknyttet NHSP 2020-2023
04.11.20	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Kartlegge utfordringer og målsetninger etter utskrivning
02.12.20	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Kartlegge utfordringer og målsetninger før innleggelse på sykehus
11.01.21	Møte med Helse- og omsorgsdepartementet	Informasjon og diskusjon omkring helsefelleskapene
13.01.21	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Diskutere utfordringer og målsetninger samlet og innholdet i rapporten
03.02.21	Møte med referansegruppen til Nasjonal helse- og sykehusplan	Informasjon om arbeidet med innspill fra referansegruppen
10.02.21	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Vurdere virkemidlene styringsinformasjon og digitale forutsetninger
01.03.21	Møte med Helse- og omsorgsdepartementet	Statusoppdatering på oppdrag tilknyttet NHSP 2020-2023
17.03.21	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Vurdere virkemidlene finansiering og lovverk
14.04.21	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Vurdere virkemidlene faglige råd og veiledning samt pedagogiske virkemidler
12.05.21	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Diskutere virkemidler samlet og innholdet i rapporten
26.08.21	Møte med ekstern arbeidsgruppe	Diskutere virkemidler samlet og innholdet i rapporten

Tabell 6: Oversikt over møter i forbindelse med utredningen.

Vedlegg 3. Bakgrunnsinformasjon fra Norsk pasientregister

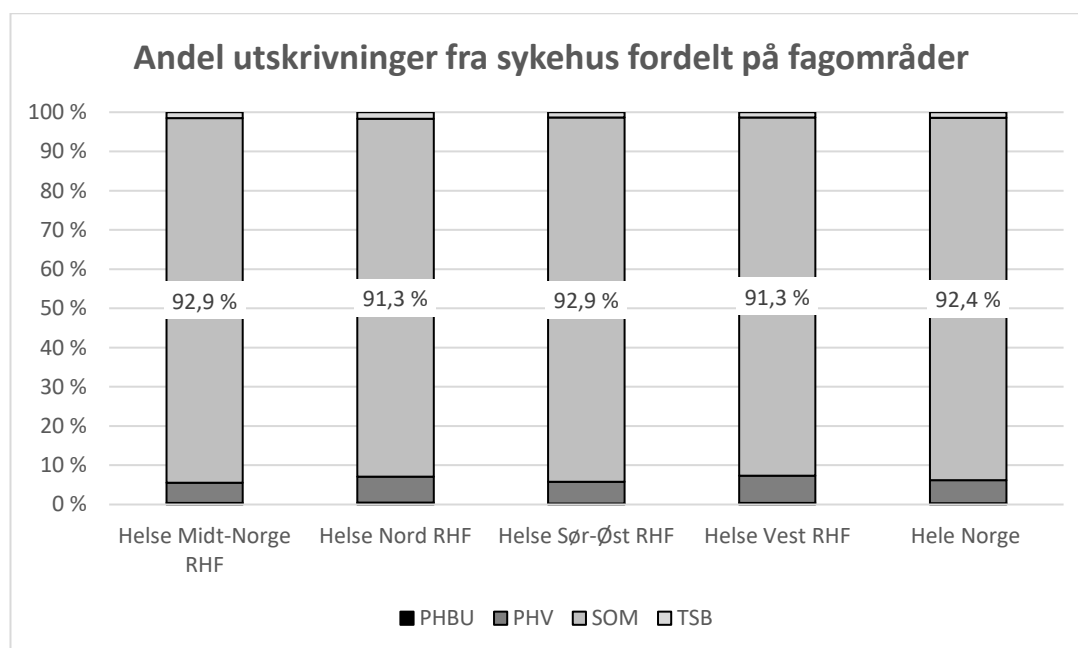
I forbindelse med utredningen er det samlet inn opplysninger fra NPR fra de to siste årene (2019-2020) omkring utskrivning fra pasienter fra sykehus, disse fremgår av vedleggene nedenfor.

Vedlegg 3.1. Antall og andel utskrivninger fra sykehus innenfor ulike fagområder

Antall og andel registrerte døgnopphold med utskrivninger fra sykehus er angitt nedenfor for perioden 2019-2020. Det var til sammen 1.827.853 utskrivninger fordelt på 990.527 personer.

Helseregion	PHBU	PHV	SOM	TSB
Helse Midt-Norge RHF	1.044 (0,4 %)	12.906 (5,1 %)	233.136 (92,9 %)	3.775 (1,5 %)
Helse Nord RHF	889 (0,5 %)	11.518 (6,6 %)	159.952 (91,3 %)	2.847 (1,6 %)
Helse Sør-Øst RHF	2.324 (0,2 %)	55.947 (5,5 %)	939.558 (92,9 %)	13.793 (1,4 %)
Helse Vest RHF	1.708 (0,4 %)	27.090 (6,9 %)	356.236 (91,3 %)	5.130 (1,3 %)
Hele Norge	5.965 (0,3 %)	107.461(5,9 %)	1.688.882 (92,4 %)	25.545 (1,4 %)

Tabell 7: Antall (prosentandel) utskrivninger fra sykehus i perioden 2019-2020 fordelt på fagområdene psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern voksne (PHV), somatikk (SOM) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).



Figur 7: Prosentandel av utskrivninger fra sykehus i perioden 2019-2020 fordelt på fagområdene psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern voksne (PHV), somatikk (SOM) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Hovedfunn: Totalt var det 1.827.853 utskrivninger fra døgnopphold på sykehus i perioden 2019-2020, fordelt på 990.527 personer. I alle de fire regionale helseforetakene utgjorde fagområdet somatikk over 91 % av utskrivningene.

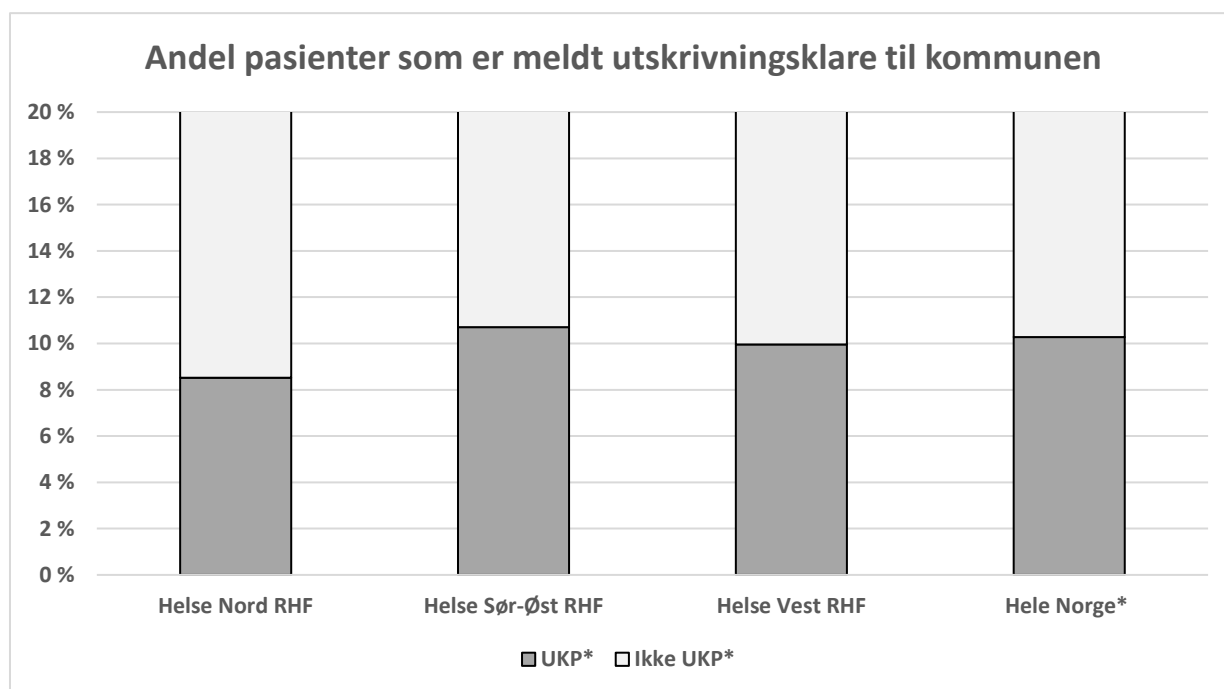
Vedlegg 3.2. Antall og andel pasienter som ble meldt utskrivningsklar til kommunen

Opplysninger fra NPR omkring hvor mange pasienter som er registrert utskrivningsklar til kommunen er innhentet for de to siste årene (2019-2020). Samme pasient kan være registrert utskrivningsklar flere ganger i perioden, dataenhet i tabellen er derfor utskrivning (episode) og ikke individ. I presentasjonen av data nedenfor er opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF ekskludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

Vedlegg 3.2.1. Fordeling mellom ulike helseregioner

Helseregion	Antall UKP	Antall totalt utskrevet	Andel UKP
Helse Midt-Norge RHF*			
Helse Nord RHF	14.918	175.206	8,5 %
Helse Sør-Øst RHF	108.330	1.011.1622	10,7 %
Helse Vest RHF	38.831	390.164	10,0 %
Hele Norge*	162.079	1.576.992	10,3 %

Tabell 8: Antall og andel av episoder der pasienten er meldt som utskrivningsklare fra sykehus i perioden 2019-2020 fordelt på ulike regionale helseforetak. UKP: Utskrivningsklar pasient. *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.



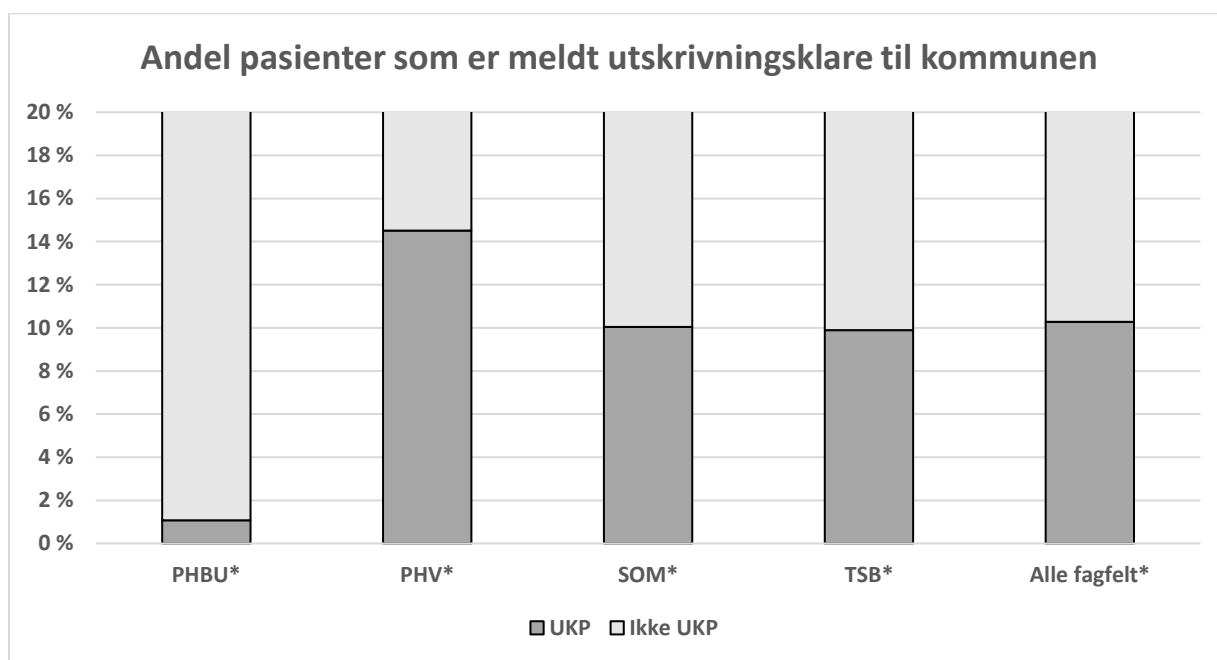
Figur 8: Andel av episoder der pasienten er meldt som utskrivningsklare fra sykehus i perioden 2019-2020 fordelt på ulike regionale helseforetak. UKP: Utskrivningsklar pasient. *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

Hovedfunn: Andelen pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunen utgjorde i 2019-2020 rundt 10 % av totalt antall utskrivninger fra sykehus, andelen var ganske lik i ulike helseregioner.

Vedlegg 3.2.2. Fordeling mellom ulike fagfelt

Fagfelt	Antall UKP	Antall totalt utskrevet	Andel UKP
PHBU*	53	4.921	1,1 %
PHV*	13.715	94.555	14,5 %
SOM*	146.158	1.455.746	10,0 %
TSB*	2.153	21.770	9,9 %
Alle fagfelt*	162.079	1.576.992	10,3 %

Tabell 9: Antall og andel av episoder der pasienten er meldt som utskrivningsklare fra sykehus i perioden 2019-2020 fordelt på ulike fagfelt. UKP: Utskrivningsklar pasient. *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.



Figur 9: Andel av episoder der pasienten er meldt som utskrivningsklare fra sykehus i perioden 2019-2020 fordelt på ulike fagfelt. UKP: Utskrivningsklar pasient. *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

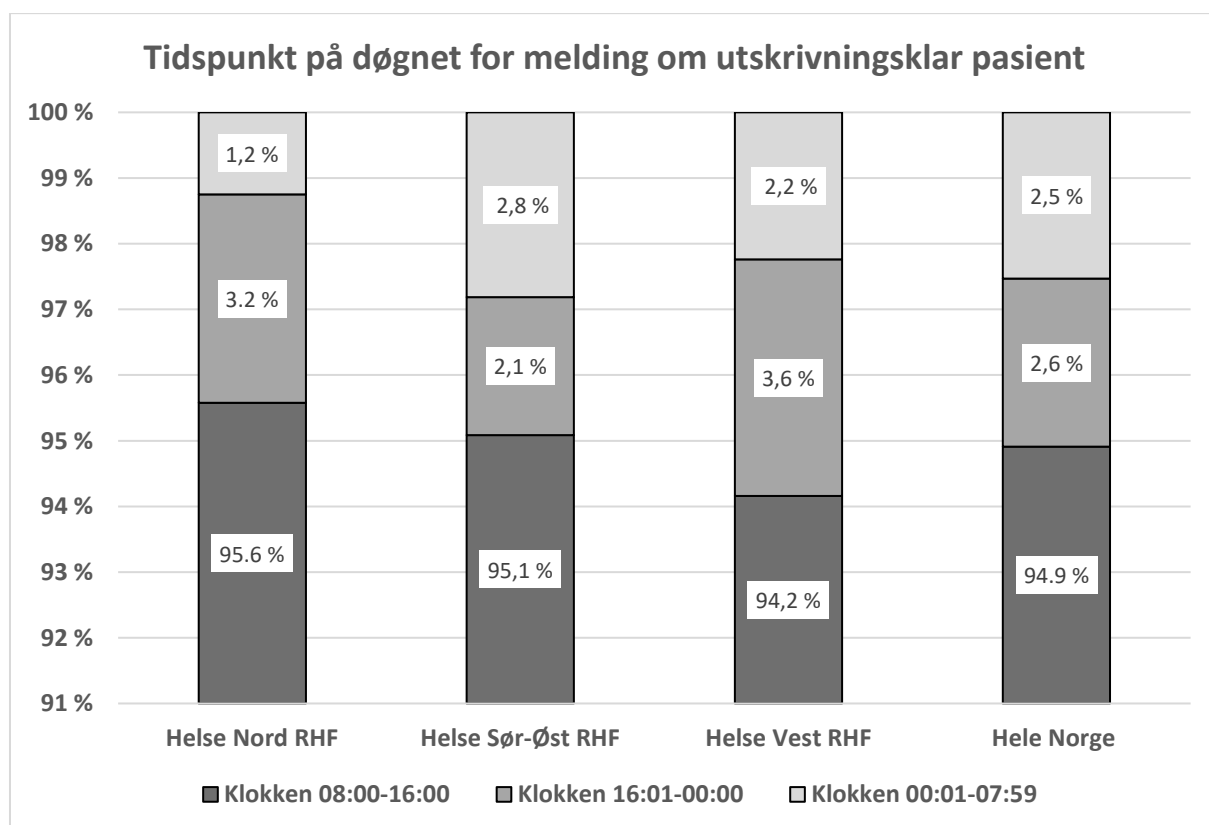
Hovedfunn: Andelen pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunen varierte i 2019-2020 mellom ulike fagfelt. Samlet var andelen pasienter som ble meldt utskrivningsklar 1,1 % for psykisk helsevern for barn og unge, 14,4 % for psykisk helsevern voksne, 10,0 % for somatikk og 9,9 % for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Vedlegg 3.3. Tidspunkt på døgnet melding om utskrivningsklar pasient er sendt

Opplysninger fra NPR omkring når på døgnet melding om utskrivningsklar pasient er sendt fra sykehus til kommune er innhentet for de to siste årene (2019-2020). I presentasjonen av data nedenfor er opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF ekskludert pga. en høy andel manglende opplysninger. Resultatene som er fremstilt under er derfor fra de tre andre regionale helseforetakene.

Helseregion	Klokken 08:00-16:00	Klokken 16:01-00:00	Klokken 00:01-07:59
Helse Midt-Norge RHF*			
Helse Nord RHF	14.258 (95,6 %)	474 (3,2 %)	186 (1,2 %)
Helse Sør-Øst RHF	103.006 (95,1 %)	2.278 (2,1 %)	3.046 (2,8 %)
Helse Vest RHF	36.564 (94,2 %)	1.397 (3,6 %)	870 (2,2 %)
Hele Norge*	153.828 (94,9 %)	4.149 (2,6 %)	4.102 (2,5 %)

Tabell 10: Antall (prosentandel) meldinger om utskrivningsklar pasient fra sykehus til kommune i perioden 2019-2020 fordelt på dag (klokken 08:00-16:00), kveld (klokken 16:01-00:00) og natt (klokken 00:01-07:59). *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.



Figur 10: Prosentandel av pasienter som er meldt utskrivningsklare fra sykehus til kommune i perioden 2019-2020 fordelt på dag (klokken 08:00-16:00), kveld (klokken 16:01-00:00) og natt (klokken 00:01-07:59). *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

Hovedfunn: I perioden 2019-2020 ble melding om utskrivningsklar pasient sendt fra sykehus til kommune på dagtid i 94,9 % tilfellene, 2,6 % ble sendt kveld og 2,5 % natt.

Vedlegg 3.4. Antall og andel avmeldinger av utskrivningsklare pasienter

Opplysninger fra NPR omkring antall og andel avmeldinger av utskrivningsklare pasienter er innhentet for de to siste årene (2019-2020). I presentasjonen av data nedenfor er opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF ekskludert pga. en høy andel manglende opplysninger. Resultatene som er fremstilt under er derfor fra de tre andre regionale helseforetakene.

Helseregion	Antall avmeldinger	Antall meldinger totalt	Andel avmeldinger
Helse Midt-Norge RHF*			
Helse Nord RHF	854	14.918	5,7 %
Helse Sør-Øst RHF	6.686	108.330	6,2 %
Helse Vest RHF	2.280	38.831	5,9 %
Hele Norge*	9.820	162.079	6,1 %

Tabell 11: Antall (prosentandel) avmeldinger av utskrivningsklare pasienter er innhentet for de to siste årene (2019-2020). *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

Hovedfunn: I perioden 2019-2020 ble 6,1 % av meldingene som var sendt om utskrivningsklar pasient senere avmeldt.

Vedlegg 3.5. Antall og andel utskrivningsklare pasienter som døde under sykehusoppholdet

Opplysninger fra NPR omkring antall og andel utskrivningsklare pasienter som døde under sykehusoppholdet er innhentet for de to siste årene (2019-2020). Tabellen viser antall og andel pasienter som døde etter at varsel til kommunen ble sendt, og mens pasienten fortsatt var på sykehuset. I presentasjonen av data nedenfor er opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF ekskludert pga. en høy andel manglende opplysninger. Resultatene som er fremstilt under er derfor fra de tre andre regionale helseforetakene.

Helseregion	Antall meldinger	Antall døde av de meldte	Andel døde
Helse Midt-Norge RHF*			
Helse Nord RHF	9.511	100	1,1 %
Helse Sør-Øst RHF	64.940	303	0,5 %
Helse Vest RHF	22.243	88	0,4 %
Hele Norge*	96.694	491	0,5 %

Tabell 12: Antall (prosentandel) utskrivningsklare pasienter som døde under sykehusoppholdet etter at melding om utskrivningsklar pasient var sendt. *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

Hovedfunn: I perioden 2019-2020 døde 0,5 % av pasientene som var meldt utskrivningsklar til kommunen under sykehusoppholdet etter at melding om utskrivningsklar pasient var sendt.

Vedlegg 3.6. Andel utskrivninger om natten

Opplysninger fra NPR omkring hvor mange utskrivninger som skjedde om natten er innhentet for de to siste årene (2019-2020). I presentasjonen av data for utskrivningsklare pasienter nedenfor er opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF ekskludert pga. en høy andel manglende opplysninger. Resultatene som er fremstilt under er derfor fra de tre andre regionale helseforetakene.

3.6.1. Utskrivninger av alle typer pasienter

Helseregion	Dag/kveld (08:00-00:00)	Natt (00:01-07:59)	Andel, natt
Helse Midt-Norge RHF	246.819	3.230	1,3 %
Helse Nord RHF	171.648	2.897	1,7 %
Helse Sør-Øst RHF	993.366	17.883	1,8 %
Helse Vest RHF	383.636	5.837	1,5 %
Hele Norge	1.795.469	29.847	1,6 %

Tabell 13: Antall og andel utskrivninger av alle typer pasienter fordelt på dag/kveld og natt i perioden 2019-2020.

3.6.2. Utskrivning av utskrivningsklare pasienter

Helseregion	Dag/kveld (08:00-00:00)	Natt (00:01-07:59)	Andel, natt
Helse Midt-Norge RHF*			
Helse Nord RHF	14.771	87	0,6 %
Helse Sør-Øst RHF	107.098	391	0,4 %
Helse Vest RHF	38.568	114	0,3 %
Hele Norge*	160.474	592	0,4 %

Tabell 14: Antall og andel utskrivninger av utskrivningsklare pasienter fordelt på dag/kveld og natt i perioden 2019-2020.*Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

Hovedfunn: I perioden 2019-2020 var andelen pasienter som var registrert utskrevet fra sykehus om natten (klokken 00:00-07:59) for alle utskrivninger 1,6 %, tilsvarende andel for pasienter som ble meldt utskrivningsklar til kommunen var 0,4 %.

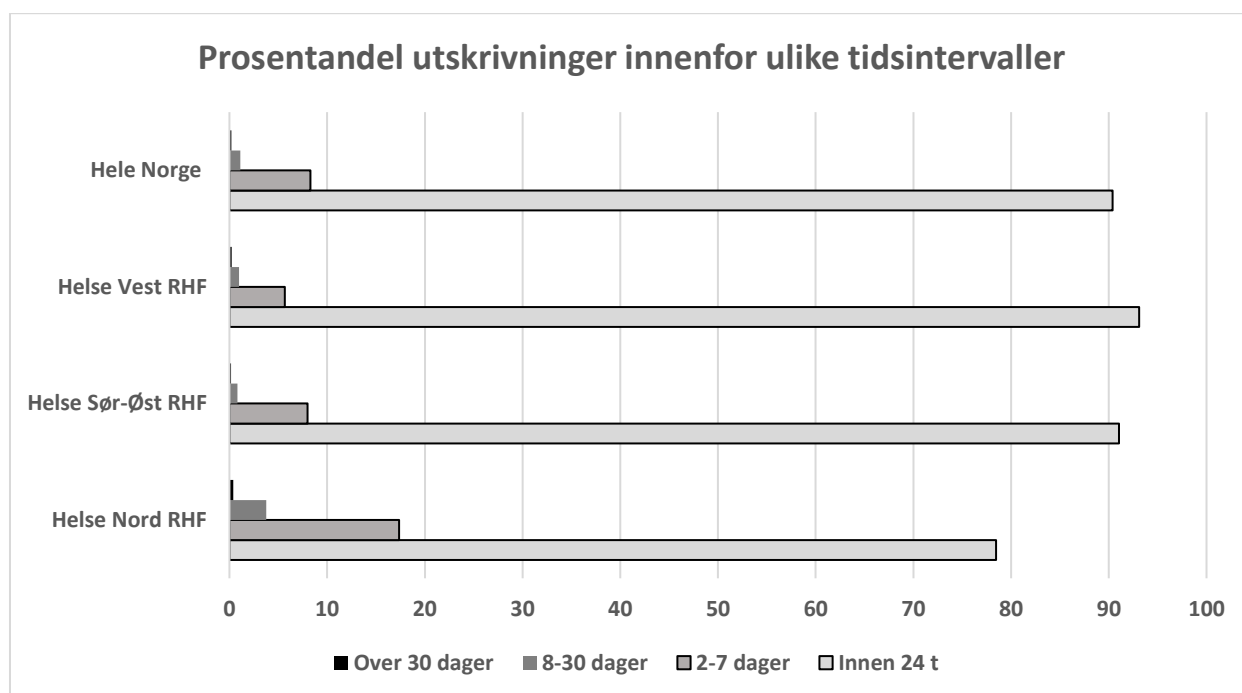
Vedlegg 3.7. Tid fra pasienten er meldt utskrivningsklar til registrert utskrevet

Opplysninger fra NPR omkring hvor mange timer det tok fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til pasienten ble registrert utskrevet er innhentet for de to siste årene (2019-2020). I presentasjonen av data nedenfor er opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF ekskludert pga. en høy andel manglende opplysninger. Resultatene som er fremstilt under er derfor fra de tre andre regionale helseforetakene.

Vedlegg 3.7.1. Fordeling mellom ulike helseregioner

Helseregion	Innen 24 timer	2-7 dager	8-30 dager	Over 30 dager
Helse Midt-Norge RHF*				
Helse Nord RHF	11.693 (78,5 %)	2.589 (17,4 %)	561 (3,8 %)	58 (0,4 %)
Helse Sør-Øst RHF	98.565 (91,1 %)	8.640 (8,0 %)	879 (0,8 %)	169 (0,2 %)
Helse Vest RHF	36.129 (93,1 %)	2.198 (5,7 %)	386 (1,0 %)	85 (0,2 %)
Hele Norge*	146.387 (90,4 %)	13.427 (8,3 %)	1.826 (1,1 %)	312 (0,2 %)

Tabell 15: Tid fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til pasienten ble registrert utskrevet fra sykehus i perioden 2019-2020 angitt i antall (prosent). *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.



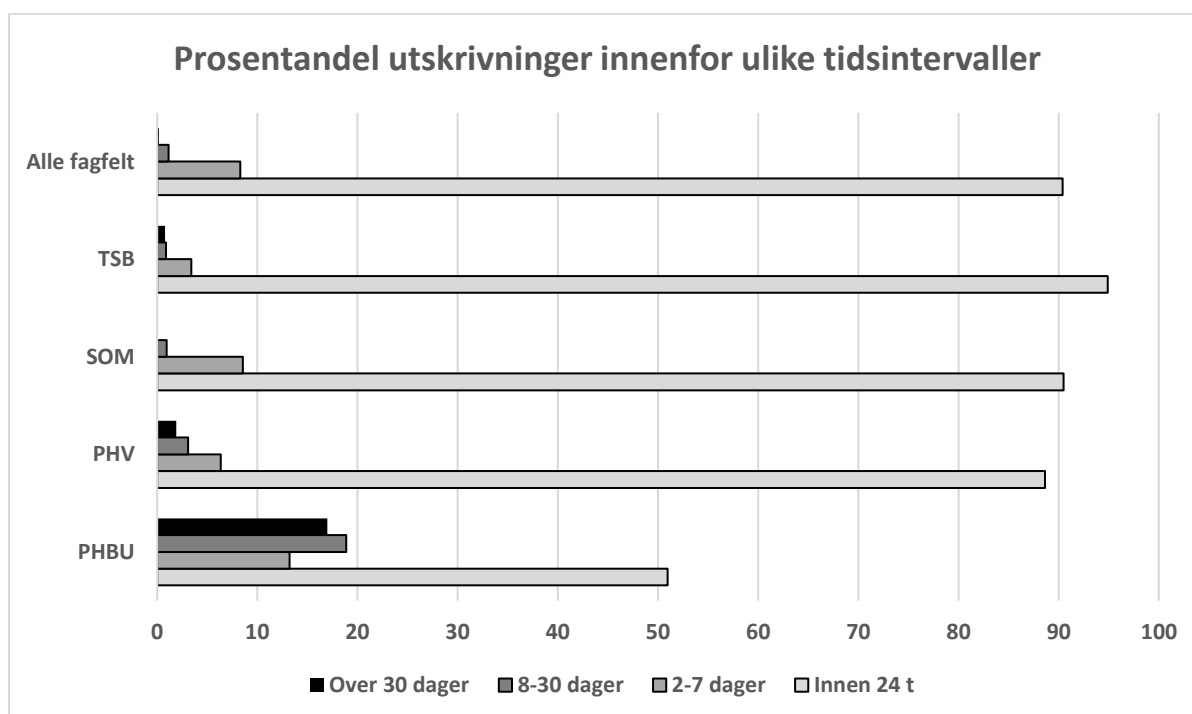
Figur 11: Tid fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til pasienten ble registrert utskrevet fra sykehus i perioden 2019-2020 og andel pasienter per tidsepoke. *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

Hovedfunn: I perioden 2019-2020 varierte andelen som ble utskrevet fra sykehus innen 24 timer etter at de var meldt utskrivningsklar mellom ulike deler av landet. Samlet for 2019-2020 var 90,4 % utskrevet fra sykehus innen 24 timer etter at de var meldt utskrivningsklar, 98,7 % var utskrevet innen sju dager og 99,8 % var utskrevet innen 30 dager.

Vedlegg 3.7.2. Fordeling mellom ulike fagfelt

Fagfelt	Innen 24 timer	2-7 dager	8-30 dager	Over 30 dager
PHBU*	27 (50,9 %)	7 (13,2 %)	10 (18,9 %)	9 (17,0 %)
PHV*	12.057 (88,6 %)	864 (6,4 %)	422 (3,1 %)	261 (1,9 %)
SOM*	132.275 (90,5 %)	12.483 (8,5 %)	1.375 (0,9 %)	25 (0,0 %)
TSB*	2.028 (94,9 %)	73 (3,4 %)	19 (0,9 %)	17 (0,8 %)
Alle fagfelt*	146.387 (90,4 %)	13.427 (8,3 %)	1.826 (1,1 %)	312 (0,2 %)

Tabell 16: Tid fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til pasienten ble registrert utskrevet fra sykehus i perioden 2019-2020 angitt innenfor de ulike fagområdene psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern voksne (PHV), somatikk (SOM) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.



Figur 12: Tid fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til pasienten ble registrert utskrevet fra sykehus i perioden 2019-2020 og andel pasienter der tiden overstiger en dag. Kurven fremstiller variasjon mellom de fagområdene psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern voksne (PHV), somatikk (SOM) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). *Opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF er ikke inkludert pga. en høy andel manglende opplysninger.

Hovedfunn: I perioden 2019-2020 varierte andelen som ble utskrevet fra sykehus innen 24 timer etter at de var meldt utskrivningsklar mellom ulike fagfelt. Samlet var andelen utskrevet innen 24 timer 50,9 % for psykisk helsevern for barn og unge, 88,6 % for psykisk helsevern voksne, 90,5 % for somatikk og 94,4 % for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Vedlegg 3.8. Metode for innsamling av opplysninger fra Norsk pasientregister

PLO logistikkmelding og PLO fagmelding rapporteres ikke til Norsk pasientregister. Indirekte kan imidlertid tilsvarende informasjon hentes fra opplysninger om tidspunkt og type tidspunkt som rapporteres til NPR fra sykehusene via NPR-melding. Datagrunnlaget for varsel om utskrivningsklar pasient er episoder innrapportert med verdien 3 Tidspunkt for varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient i variabelen typeTidspunkt. Det er kun inkludert ett tidspunkt per episode i datagrunnlaget. Der det har vært innrapportert flere varsler per episode er kun siste tidspunkt valgt.

Datamaterialet er begrenset til utskrivninger fra døgnopphold i somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2019 og 2020. Aktivitet ved private, kommersielle sykehus med avtale med et RHF er holdt utenfor. Opplysningene fra 2020 har sannsynligvis blitt påvirket av covid-19 pandemien som har hatt innflytelse på innleggelser og utskrivning av pasienter fra sykehus.

Datakvaliteten er generelt vurdert som god, unntatt for opplysninger knyttet til utskrivningsklare pasienter fra Helse Midt-Norge RHF. Opplysninger fra dette RHF-et ble ekskludert pga. lav kompletthet. Manglende kompletthet i Helse Midt-Norge RHF skyldes rapporteringspraksis, og ikke tekniske forhold ved helseforetakenes pasientadministrative system.

Vedlegg 3.9. Andre publiserte opplysninger om utskrivningsklare pasienter

Helsedirektoratet har publisert en rapport om Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-2018.¹¹⁵

Helsedirektoratet har utviklet et dashbord som gir oppdatert informasjon om utskrivningsklare pasienter innenfor somatiske fag, herunder antall opphold, liggetid, kjønns- og aldersfordeling samt reinnleggelser.¹¹⁶

¹¹⁵ [IS_2813_Liggetid og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-18.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

¹¹⁶ [Dashboard - Somatikk - bruk av tjenester med kart - Copy - Copy \(helsedirektoratet.no\)](#)

Vedlegg 4. Vurderte virkemidler i ulike utskrivningsfaser

Dette vedlegget er laget for å synliggjøre hvilke tiltak som er vurdert i de ulike fasene av utskrivningsprosessen. Inndelingen er som i resten av rapporten at det er fire hovedfaser og i tillegg en felles fase (se Figur 2 på side 14).

Vedlegg 4.1. Vurderte tiltak før innleggelse på sykehus

Planlegging helsehjelp: Før pasienten innlegges på sykehus

- Etablere styringsinformasjon knyttet til nødvendige innleggelser på sykehus
- Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
- Gi helsepersonell i kommunen tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus

Figur 13: Oversikt over vurderte tiltak for å forbedre utskrivningsprosessen før innleggelse på sykehus.

Vedlegg 4.2. Vurderte tiltak under oppholdet på sykehuset

Helsehjelp på sykehus: Under oppholdet på sykehus

- Utvide styringsinformasjon knyttet til overtidige sykehusopphold
- Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
- Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av pasienter innlagt på sykehus
- Utrede digital løsning for flerparts videomøter
- Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
- Utvikle nasjonal veileder for epikrise
- Forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus
- Endre prioritering, holdning og kultur i helsetjenesten

Figur 14: Oversikt over vurderte tiltak for å forbedre utskrivningsprosessen under oppholdet på sykehuset.

Vedlegg 4.3. Vurderte tiltak ved utskrivning til kommunen

Overføring helsehjelp: Ved utskrivning til kommunen

- Endre kvalitetsindikatoren epikrisetid til spesifikt å angi epikrisetid for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunen
- Etablere styringsinformasjon knyttet til tidspunktet på døgnet for utskrivning fra sykehus
- Endre betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter
- Sikre at strukturerte utskrivningssamtaler blir gjennomført

Figur 15: Oversikt over vurderte tiltak for å forbedre utskrivningsprosessen ved utskrivning fra sykehus.

Vedlegg 4.4. Vurderte tiltak etter utskrivning fra sykehus

Oppfølging helsehjelp: Etter utskrivning til kommunen

- Etablere styringsinformasjon knyttet til andelen av pasienter som får avstandsoppfølging
- Utrede digital løsning for flerparts videomøter
- Utrede helsetjenestens plikt til å tilby digital oppfølging dersom det er forsvarlig
- Utrede pasientens rett til å få digital oppfølging dersom det er forsvarlig

Figur 16: Oversikt over vurderte tiltak for å forbedre utskrivningsprosessen etter utskrivning fra sykehus.

Vedlegg 4.5. Vurderte tiltak felles for hele utskrivningsprosessen

Felles for hele utskrivningsprosessen

- Videreutvikle digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helsehjelp
- Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
- Utvide finansieringsordning for at sykehuset samler flere tjenester under samme opphold
- Opprette finansieringsordning som understøtter at fastlegene deltar i helsefellesskapene
- Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell
- Revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten
- Utvikle likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet
- Revidere veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner
- Stimulere til teambasert arbeid på tvers av sykehus og kommuner
- Utrede digital løsning for samling av opplæringsressurser for helsetjenesten
- Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
- Bedre opplæring i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning
- Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger
- Gjennomgå ordningen med pasienttransport
- Endre prioritering, holdning og kultur i helsetjenesten

Figur 17: Oversikt over vurderte forbedringstiltak som er felles for hele utskrivningsprosessen.

Vedlegg 5. Sammenheng mellom målsetninger og virkemidler

Utfordringene og målsetningene som er kartlagt i utredningen er grunnlaget for de tiltakene som er foreslått for å forbedre utskrivningsprosessen. Mange av utfordringene, målsetningen og virkemidlene er tett knyttet til hverandre i den forstand at de delvis overlapper og internt påvirker hverandre.

Hensikten med dette vedlegget er å synliggjøre sammenhengen mellom målsetninger og virkemidler, slik at det fremgår hvilke virkemidler som kan være aktuelle for å nå målene innenfor de ulike fasene av et pasientforløp. Denne synliggjøringen bidrar også til å illustrere kompleksiteten i utskrivningsprosessen gjennom den interne overlapp og gjensidig påvirkning av de ulike faktorene.

Vedlegg 5.1. Før innleggelse på sykehus

Sammenhengen mellom kartlagte målsetninger og vurderte virkemidler i perioden før pasienten innlegges på sykehus fremgår av Tabell 17.

Målsetning	Virkemiddel
Pasientene får til enhver tid helsetjenester fra rett tjenestenivå	Etablere styringsinformasjon knyttet til unødvendige innleggelser på sykehus
	Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
	Revidere veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner
	Utvikle nasjonal veileder for epikrise
	Gjennomgå ordningen med pasienttransport
Sykehuset har ved innleggelse tilgang til nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand, ønsker og behov	Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
	Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten
	Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger
Det finnes gode samhandlingsrutiner for innleggelser som er kjent og brukes av helsepersonell	Gi helsepersonell i kommunen tilgang til informasjon om at pasient er innlagt på sykehus
	Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
	Revidere veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner

Tabell 17. Oversikt over målsetninger og virkemidler før innleggelse på sykehus.

Vedlegg 5.2. Under oppholdet på sykehuset

Sammenhengen mellom kartlagte målsetninger og vurderte virkemidler i perioden under oppholdet på sykehus fremgår av Tabell 18.

Målsetning	Virkemiddel
Sykehus og kommuner samarbeider godt om å planlegge utskrivningen og oppfølgingen i etterkant av innleggelsen	Utrede digital løsning for flerparts videomøter
	Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
	Revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
	Revidere veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner
	Stimulere til teambasert arbeid på tvers av sykehus og kommuner
Sykehuset formidler tidlig til kommunen at pasienten er utskrivningsklar og kan gi en nøyaktig tidsangivelse for dette	Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
	Revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
	Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
	Forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus
	Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger
Sykehuset formidler på en god måte til kommunen hva som er pasientens behov etter utskrivning	Utrede digital løsning for flerparts videomøter
	Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
	Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten
	Stimulere til teambasert arbeid på tvers av sykehus og kommuner
	Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
	Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger

Tabell 18. Oversikt over målsetninger og virkemidler under oppholdet på sykehus.

Vedlegg 5.3. Ved utskrivning fra sykehus

Sammenhengen mellom kartlagte målsetninger og vurderte virkemidler i perioden i forbindelse med utskrivning fra sykehus fremgår av Tabell 19.

Målsetning	Virkemiddel
God nok informasjon til pasient og pårørende ved utskrivning	Sikre at strukturerte utskrivningssamtaler blir gjennomført
	Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
Kommunen har ved utskrivning tilgang til nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand, ønsker og behov	Videreutvikle digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helsehjelp
	Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
	Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
	Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten
	Stimulere til teambasert arbeid på tvers av sykehus og kommuner
	Utvikle nasjonal veileder for epikrise
	Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
	Opprette brukerstøtte eller e-læringsprogram for pleie- og omsorgsmeldinger
Pasienter som er utskrivningsklare blir ikke liggende overtidig på sykehus i påvente av transport eller tilbud i kommunen	Utvide styringsinformasjon knyttet til overtidige sykehusopphold
	Etablere styringsinformasjon knyttet til tidspunktet på døgnet for utskrivning
	Endre betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter
	Forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus
	Gjennomgå ordningen med pasienttransport
Epikrisene sendes raskt etter utskrivning og formidler klart hva som er plan for videre oppfølging	Endre kvalitetsindikatoren epikrisetid til spesifikt å angi epikrisetid for pasienter som blir meldt utskrivningsklare til kommunen
	Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell
	Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten
	Utvikle nasjonal veileder for epikrise
Pasienttransport planlegges og gjennomføres på en trygg og forutsigbar måte	Utvide styringsinformasjon knyttet til overtidige sykehusopphold
	Etablere nasjonal styringsinformasjon knyttet til tidspunktet på døgnet for utskrivning
	Gjennomgå ordningen med pasienttransport
	Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell
	Forbedre metoden for å estimere liggetid på sykehus

Tabell 19. Oversikt over målsetninger og virkemidler ved utskrivning fra sykehus.

Vedlegg 5.4. Etter utskrivning fra sykehus

Sammenhengen mellom kartlagte målsetninger og vurderte virkemidler i perioden etter utskrivning fra sykehus fremgår av Tabell 20.

Målsetning	Virkemiddel
Kommunen får ved behov nødvendig faglige råd og veiledning fra sykehuset til å overta ansvaret for pasienter med sammensatte behov	Endre kvalitetsindikatoren epikrisetid til spesifikt å angi epikrisetid for pasienter som blir meldt utskrivningsklare til kommunen
	Videreutvikle digitale verktøy for deling av helseopplysninger
	Utvide finansieringsordning som stimulerer til at sykehus og kommuner samarbeider om å lage et helhetlig helsetilbud
	Opprette finansieringsordning som understøtter at fastlegene deltar i helsefellesskapene
	Utvikle nasjonal veileder for epikrise
	Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
Det er tydelig for alle involverte hva som er kommunens og sykehusets roller, oppgaver og ansvar etter utskrivning	Revidere forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
	Revidere veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner
	Bedre opplæring i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning

Tabell 20. Oversikt over målsetninger og virkemidler etter utskrivning fra sykehus.

Vedlegg 5.5. Felles for hele utskrivningsprosessen

Sammenhengen mellom kartlagte målsetninger og vurderte virkemidler som er felles for hele utskrivningsprosessen fremgår av Tabell 21.

Målsetning	Virkemiddel
Pasient og brukere medvirker på en god måte i egen helsehjelp	Etablere styringsinformasjon knyttet til andelen pasienter som får avstandsoppfølging
	Utrede digital løsning for flerparts videomøter
	Videreutvikle digitale løsninger som gir pasienten mulighet til å medvirke i egen helsehjelp
	Utrede helsetjenestens plikt til å tilby digital oppfølging dersom det er forsvarlig
	Utrede pasientens rett til å få digital oppfølging dersom det er forsvarlig
	Utvikle likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet
	Sikre at strukturerte utskrivningssamtaler blir gjennomført

	Utrede digital løsning for samling av opplæringsressurser for helsetjenesten
	Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
	Gjennomgå ordningen med pasienttransport
Pasient og brukere får nødvendig opplæring	Etablere styringsinformasjon knyttet til andelen pasienter som får avstandsoppfølging
En sikker digital løsning for møte mellom sykehus, kommune, pasienter og pårørende utvikles og gjøres tilgjengelig	Utrede pasientens rett til å få digital oppfølging dersom det er forsvarlig
Helsepersonell får opplæring i og etterlever avtaler og prosedyrer	Utvikle likeverdig tilbud for pasientopplæring og mestring
	Utrede digital løsning for samling av opplæringsressurser for helsetjenesten
	Utvikle likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet
Det er for helsepersonell, pasienter og pårørende lett å finne oversikt over helsetjenester i kommuner og helseforetak	Utrede digital løsning for samling av opplæringsressurser for helsetjenesten
	Bedre opplæring i rutiner, avtaler og prosedyrer i forbindelse med utskrivning
	Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell
Legemiddelliste er alltid oppdatert og tilgjengelig for helsepersonell	Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonell
	Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell
Sykehus og kommuner har felles funksjonsbeskrivelser	Utvide finansieringsordning knyttet til opplæring av helsepersonell
	Utarbeide felles funksjonsbeskrivelse for hele helsetjenesten

Tabell 21. Oversikt over målsetninger og virkemidler som er felles for hele utskrivningsprosessen.

Vedlegg 6. Definisjoner, begreper og forkortelser

Vedlegg 6.1. Definisjoner og begreper

- Sykehus: I rapporten brukes begrepet sykehus for enkelhets skyld om den del av den offentlige spesialisthelsetjenesten som har døgnbehandling innenfor alle fagfelt.
- Kommune: I rapporten brukes begrepet kommune for enkelhets skyld om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Utskrivningsklar pasient: I denne rapporten forstås utskrivningsklar pasient som når lege eller psykolog på sykehus vurderer at en innlagt pasient ikke lenger har behov for ytterligere behandling på sykehus. Begrepet omfatter pasienter som ved utskrivning har og ikke har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Overtidige sykehusopphold: Sykehusopphold som innebærer at pasienter blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare blir i rapporten beskrevet som overtidige sykehusopphold. Begrepet omfatter pasienter som blir meldt som utskrivningsklare til kommunen, og andre pasienter som av ulike grunner blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare.

Vedlegg 6.2. Forkortelser

- DRG: Diagnoserelaterte grupper
- ISF: Innsatsstyrt finansiering
- KS: Kommunesektorens organisasjon
- NHSP: Nasjonal helse- og sykehusplan
- NILAR: Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar
- PFI: Potensielt forebyggbare innleggelser
- PHBU: Psykisk helsevern for barn og unge
- PHV: Psykisk helsevern voksne
- PLL: Pasientens legemiddelliste
- PLO: Pleie- og omsorgsmeldinger
- RHF: Regionalt helseforetak
- SOM: Somatikk
- STG: Særtjenestegrupper
- TFG: Tjenesteforløp
- TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- UKP: Utskrivningsklar pasient

Utredning av ønsket innretning av utskrivningsprosessen

Utgitt

1. september 2021

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Telefon (+47) 47 47 20 20

E-post postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

Mostphotos.com

Woman-meeting-the-doctor-and-shaking-hands

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no