

VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 2:

Samarbeid omkring behandlingsforløp

Innhold

RETNINGSLINJE nr. 2:.....	1
Samarbeid omkring behandlingsforløp	1
1. Forankring og formål	2
2. Henvisning, innleggelse, og pasienttransport døgnoophold.....	3
2.1 Henvisningsrutiner	3
2.2 Innleggelsesrutiner	3
2.3 Pasienttransport.....	3
3. Utredning og behandling under døgnoophold.....	4
3.1 Mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten	4
3.2 Kommunikasjon/informasjon under innleggelse omkring pasienter med koordineringsbehov	5
3.2.1 Koordinerende enheter	5
3.2.2 Individuell plan	5
3.2.3 Koordinator og tverrfaglig oppfølgingsteam/ ansvarsgruppe.....	6
3.2.4 Pasienter med behov for kommunal ledsager under innleggelsen	7
4. Utskriving etter døgnoophold	7
4.1 Planlegge utskrivning og oppfølging.....	7
4.1.1 Dokumentasjon og informasjon	8
4.1.2 Utstyr, medisiner, tekniske hjelpemidler og behandlingshjelpemidler	8
4.1.3 Pasienttransport ved utskrivning.....	9
5. Barn og unge.....	9
5.1 Barn og unge som pasient	9
5.1.1 Koordinering omkring barn som mottar flere tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunen (samarbeid med andre velferdstjenester)	9
5.1.1.1 Samarbeid med andre velferdstjenester	9

5.1.1.2	Barnekoordinator	10
5.1.1.3	Barn og unges brukermedvirkning	10
5.1.2	Barnevernansvarlig funksjon	11
5.2	Barn som pårørende.....	11
6.	Pasient- og pårørendeopplæring/støtte	12
7.	Brukermedvirkning	12
8.	Avvik	12
9.	Uenighet	12
10.	Varighet, revisjon og oppsigelse.....	12

1. Forankring og formål

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN, godkjent i Strategisk samarbeidsutvalg 01.06.2023.. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalens del 2 punkt 2.2.

Retningslinjen er inngått i medhold av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) m.m. § 6-2 nr. 2, 3, 5 og 13. Formålet med retningslinjen er å

- klargjøre ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern
- klargjøre ansvar og oppgaver ved henvisning, utredning og behandling i sykehus
- sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- sikre koordinerte tjenester til barn, unge og deres familie

Retningslinjen skal bidra til

- at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende og koordinert helsetjeneste
- et løsningsfokuset samarbeid med og om pasienter med forventet behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten slik at pasienten, uten forsinkelser, får et godt tilbud på riktig sted.
- å sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene samtidig som personvernet til den enkelte pasient ivaretas.
- å redusere risikoen for uheldige hendelser.

Informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune skal foregå elektronisk. Nasjonalt godkjente fagspesifikke maler benyttes. Prosedyre for ikke-elektronisk informasjonsutveksling benyttes når elektronisk meldingsutveksling ikke er mulig å bruke. Muntlig kommunikasjon skal også dokumenteres i pasientjournal.

2. Henvisning, innleggelse, og pasienttransport døgnoophold

2.1 Henvisningsrutiner

Kommunehelsetjenestens ansvar og oppgaver:

- Henvisning skal inneholde relevant og nødvendig informasjon slik at den kan vurderes med utgangspunkt i nasjonale prioriteringsveiledere.

UNNs ansvar og oppgaver:

- Ved behov, innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende.
- Vurdere pasientens rett til helsehjelp ut fra gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere.

2.2 Innleggelsesrutiner

UNNs ansvar og oppgaver

- Ved innleggelse av pasienter som mottar kommunale helsetjenester, sendes melding om innlagt pasient til kommunen så snart det er avklart at pasienten legges inn (logistikkmelding).
- For pasienter med forventet/endret behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal det sendes tidligmelding (Helseopplysning PLO) til kommunens saksbehandlertjeneste innen 24 timer etter innleggelse, eller innen 24 timer etter at behov er oppdaget.

Tidligmelding (Helseopplysning PLO) skal inneholde

- pasientens innleggesårsak og status
- antatt utrednings- og behandlingsforløp
- forventet utskrivningstidspunkt
- Dersom pasientens bolig antas å ikke være egnet ved utskrivning, eller pasienten ikke har bolig, skal varselet også opplyse om dette.

Kommunens ansvar og oppgaver

- Innleggesrapport skal sendes så snart som mulig, og seinest innen 24 timer som svar på melding om innlagt pasient.
- Innleggesrapporten skal inneholde
 - nødvendige og oppdaterte opplysninger om hvilke kommunale helsetjenester pasienten mottar
 - kontaktinformasjon til aktuell tjenesteenhet i kommunen
 - beskrivelse av helsetilstand/aktuelle problemstillinger
 - eventuelt oppdatert legemiddelliste
 - kommunens vurdering av pasientens behov og funksjonsnivå forut for innleggelsen.
- Kommunen kan sende innleggesrapport før mottatt melding om innlagt pasient, når det er planlagt eller sannsynlig at pasienten legges inn.
- For pasienter som innlegges fra kommunal institusjon må det framkomme om dette er en langtids- eller korttidsplass. Hvis korttidsplass skal det opplyses om hvor lenge pasienten beholder dette institusjonstilbudet.

2.3 Pasienttransport

Rekvisisjon for pasientreise skal bare utstedes til pasienter som har behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker. Pasienttransporten skal være tilpasset pasientens tilstand og behov, og utføres på en forsvarlig og omsorgsfull måte.

Alle helsepersonell kan rekvirere pasienttransport til pasienter, men det er kun de ansvarlige behandlerne som kan attestere behovet for rekvirert transport, selv om for eksempel helsesekretær fyller ut selve rekvisisjonen. Hovedregelen er at behandler i primærhelsetjenesten utsteder rekvisisjon til førstegangsbehandling hos spesialisthelsetjenesten når det rekvireres på medisinsk grunnlag. Dersom pasienten skal følges opp videre av behandler i sykehuset, er det denne som skal rekvirere transport. Det kan forekomme unntak for reiser til noen typer behandlinger i enkelte områder. Ta kontakt med lokalt pasientreisekontor på telefon 05515 ved spørsmål om rekvirering og rekvisisjonspraksis. Det vises også til [Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og UNN](#) (Samarbeidsnormen), punkt 7.

3. Utredning og behandling under døgnopphold

3.1 Mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten

Partnerne har begge et ansvar for å ta en aktiv rolle i planlegging av utskrivning og oppfølging av pasientens prosess i tilknytning til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

UNNs ansvar og oppgaver

- UNN skal vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå (fysisk/kognitivt), og konkretisere behov for bistand slik at kommunen har et godt grunnlag for å vurdere hvilke tjenester de skal tilby.
- Dersom pasienten ikke ønsker å skrives ut til hjemkommunen etter sykehusinnleggelsen må det avklares så tidlig som mulig hvilken kommune pasienten ønsker opphold i, og den aktuelle kommunen må varsles i god tid før utskrivning.
- UNN skal ikke legge føringer/skape forventninger for de kommunale tjenestene til pasienten etter utreise. Dette gjelder både tjenestenivå og type tilbud. Det skal ikke loves tjenester verken til pasient, pårørende eller kommunen.
- For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal UNN før pasienten er utskrivningsklar, innkalle til samarbeidsmøte med relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.
- For andre pasienter med særlig omfattende problemstillinger skal UNN starte planlegging av utskrivning så tidlig som mulig under innleggelsen. Avklaring av oppfølging etter utskrivning kan gjøres gjennom både skriftlig (elektronisk) og muntlig dialog. Når problemstillingene er så komplekse at oppfølging mer effektivt kan avklares gjennom dialog, kan partnerne avtale at det gjennomføres samarbeidsmøte. UNN har ansvar for å skrive en oppsummering fra samarbeidsmøtet og sende til kommunen så raskt som mulig.
- I samarbeidsmøtet bør følgende vurderes og avklares:
 - Behov for hjelpemidler, hastegrad, varighet og hvem som skaffer hjelpemidlene.
 - Behov for koordinator, tverrfaglig oppfølgingsteam og individuell plan (se eget punkt om koordinator og individuell plan).

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Ta imot meldinger om behov, saksbehandle og tildele helse- og omsorgstjenester til pasienter etter utskrivning.
- Delta i samarbeidsmøter og koordinere de kommunale helse og omsorgstjenestene. Utpeke koordinator hvis det er avklart behov for dette, og kommunal tjeneste er igangsatt, eller planlagt igangsatt.
- Ved behov kartlegge pasientens bolig og behov for tekniske hjelpemidler og/eller behandlingshjelpemidler ved utskrivning i dialog med pasient, pårørende og UNN.

3.2 Kommunikasjon/informasjon under innleggelse omkring pasienter med koordineringsbehov

Det er utarbeidet en lokal retningslinje særskilt for [samarbeidet omkring individuell plan og koordinator](#).

3.2.1 Koordinerende enheter

Felles ansvar:

UNN og den enkelte kommune har lovbestemt plikt til å etablere koordinerende enheter (KE) som skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer, jf. nasjonal veileder. Enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og koordinator er sentralt. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering. De koordinerende enhetene skal:

- Ha gjensidig kontakt og samarbeid gjennom faste kontaktpunkter, møteplasser og systematisk informasjonsutveksling.
- Utarbeide interne retningslinjer for arbeidet med individuell plan og koordinator i henholdsvis kommunen og i UNN.
- Utarbeide felles retningslinjer for samarbeid, ansvar og arbeidsfordeling mellom UNN og kommunen. Retningslinjene skal gjøres kjent for tjenesteytere hos begge partnere.
- Ta imot meldinger om tjenestemottakere som har behov for individuell plan og koordinator.
- Ha oppdatert kontaklinformasjon tilgjengelig på organisasjonens nettsider.

UNNs ansvar:

- Koordinerende enhet i helseforetaket skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen.
- Koordinerende enhet i helseforetaket skal bistå de kliniske enhetene i UNN med oppnevning av koordinator, og for opplæring og veiledning av koordinator, samt ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan.

Kommunens ansvar:

- Koordinerende enhet i kommunen skal ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
- Koordinerende enhet i kommunen skal ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator og barnekoordinator, samt arbeidet med individuell plan.

3.2.2 Individuell plan

Felles ansvar:

- Begge partnere plikter å spørre tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester om de ønsker individuell plan dersom vilkåret er oppfylt.
- Aktuell tjenestemottaker skal kun ha én individuell plan som inkluderer tiltak på alle nivåer. Individuell plan skal eventuelt komme i tillegg til pasientens behandlingsplan, og skal ikke erstatte denne.
- Partnerne plikter å samarbeide om utarbeidelsen av individuell plan der tjenestemottaker mottar helsetjenester fra begge nivåer.

Kommunens ansvar:

- Kommunen har ansvar for at tjenestemottakere ved behov får tilbud om individuell plan og for at arbeidet med planen igangsettes og koordineres.

- Har tjenestemottakeren også behov for andre tjenester enn fra helse- og omsorgssektoren, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste, og UNN hvis de er involvert, samarbeide med de aktuelle tjenesteyterne.

UNNs ansvar:

- Når helseforetaket ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering varsles så snart som mulig.
- Påbegynne arbeid med individuell plan for pasienter som har rett til individuell plan, men som på dette tidspunktet ikke mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.
- Helseforetaket skal, ved behov, medvirke i utarbeidelsen og videre arbeid med individuell plan. Der kommuner benytter digitale verktøy for individuell plan skal UNN, så langt det er hensiktsmessig, delta i dette.

3.2.3 Koordinator og tverrfaglig oppfølgingsteam/ ansvarsgruppe

Spesialisthelsetjenesten sitt ansvar:

- UNN skal tilby koordinator til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. Med dette menes to eller flere samtidige spesialisthelsetjenester over en viss varighet, uten at det behøver å være varig.
- Koordinatoren skal være helsepersonell.
- Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og ovenfor andre tjenesteytere, samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.
- Dersom tjenestemottaker også mottar tjenester i kommunen, skal koordinator i UNN snarest mulig varsle koordinerende enhet i kommunen og melde behovet for koordinator og/eller individuell plan. *Merk: Kontaktinformasjon til koordinerende enhet i kommunene finnes på nettsidene til [koordinerende enhet i UNN](#).* Dersom kommunen krever skriftlig søknad fra brukere som ønsker individuell plan, skal spesialisthelsetjenesten bistå pasienten med å søke.
- Koordinatoren i sykehuset skal samarbeide med barnekoordinator eller koordinator i kommunen dersom dette er oppnevnt, blant annet i arbeid med IP.

Kommunen sitt ansvar:

- Kommunen skal tilby koordinator og tverrfaglig oppfølgingsteam/ ansvarsgruppe til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dette gjelder uavhengig av om tjenestemottakeren ønsker individuell plan.
- Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte tjenestemottaker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.
- Dersom tjenestemottaker i tillegg har behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten skal koordinator i kommunen snarest mulig varsle koordinerende enhet i UNN og melde behovet for koordinator/deltakelse i individuell plan.
- For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette. Se punkt 5.2 for mer informasjon om barnekoordinator.

3.2.4 Pasienter med behov for kommunal ledsager under innleggelsen

Felles ansvar

UNN og kommunene har i fellesskap utarbeidet egen retningslinje for situasjoner der pasienter trenger kommunalt ansatt ledsager med seg under utredning eller behandling i sykehuset:

<https://helsefellesskapet.no/samhandlingsressurser/>. Skjema for vurdering, plan og avtale om ledsager, samt skjema for fakturering av kommunal vakt er integrert i den særskilte retningslinjen. Det er også utarbeidet et e-læringskurs, som gjennomgår ansvarsfordeling, arbeidsoppgaver og dokumentasjon. Man finner e-læringskurset ved å følge lenke ovenfor.

4. Utskriving etter døgnopphold

4.1 Planlegge utskrivning og oppfølging

UNNs ansvar og oppgaver:

Vurdere når pasienten er utskrivningsklar. Kriterier for når en pasient er utskrivningsklar fremgår av [«forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter»](#). En pasient er utskrivningsklar når lege eller psykolog i UNN vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Følgende punkter skal være vurdert, avklart, dokumentert og oversendt kommunen via Helseopplysning PLO:

- Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege.
- Øvrige problemstillinger som har fremkommet under oppholdet.
- Dersom det er spørsmål som ikke kan avklares, skal dette redegjøres for.
- Beskrivelse av relevante diagnose(r) og en videre plan for oppfølging av pasienten.
- Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet fremtidig utvikling.

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

Spørsmål om videreføring av tvangsmidler skal avklares med kommune før utskrivelse.

Melding om utskrivningsklar pasient skal inneholde opplysninger i henhold til 3.1 (Helseopplysninger ved søknad). Meldingen skal sendes fortrinnsvis mellom kl. 8-14 på virkedag. Ved nedetid i meldingssystemet brukes nødprosedyre.

Egensøknad om kommunale tjenester baseres på opplysninger formidlet elektronisk under sykehusoppholdet. Pasienten søker selv om kommunale helsetjenester. Sykehuset kan bistå pasienten ved behov.

Dersom helsetilstanden til en pasient som er meldt utskrivningsklar endrer seg, slik at vedkommende ikke lenger er utskrivningsklar, skal UNN omgående sende elektronisk varsel til kommunen om dette (avmelding). Når pasienten igjen er utskrivningsklar, sendes nytt varsel med oppdaterte helseopplysninger til kommunen.

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Kommunen skal svare på mottatt melding om utskrivningsklar pasient på virkedager mellom 08-15.
- Kommunen skal sørge for at utskrivningsklare pasienter kan mottas til rett kommunalt omsorgsnivå så snart som mulig etter at de er vurdert som utskrivningsklare.
- Kommunen skal informere pasient og kontaktperson i behandlende enhet om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskrivning. Herunder om det er utgifter for pasienten tilknyttet det kommunale tilbudet.

- Kommunen kontrollerer at pasienten oppfyller de avtalte kriteriene for utskrivningsklare pasienter.
- Kommunen kan kreve redegjørelse for sykehusets vurderinger, jf. forskrift om utskrivningsklare pasienter § 14.

4.1.1 Dokumentasjon og informasjon

UNNs ansvar og oppgaver

Varsle aktuell instans i kommunen om at pasienten kan skrives ut etter innleggelse eller poliklinisk vurdering. UNN har ansvar for å sende følgende dokumentasjon og informasjon til kommunen:

- Medisinske opplysninger, legemiddelliste og fagrappporter som er avgjørende for umiddelbar oppfølging i kommunen skal følge pasienten ved utskrivning. Resultater fra prøver eller annen informasjon som ikke foreligger ved utskrivning, ettersendes straks de foreligger. Behandlerens vurdering og anbefalinger sendes sammen med opplysningene.
- Epikriser, eventuelt foreløpig epikrise/pasientorientering ved utreise, sendes fra sykehuset i tråd med Forskrift om pasientjournal § 9 og Helsepersonelloven § 45. Epikrise sendes elektronisk til helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.
- Relevant informasjon vedrørende behandling, samvalg, planer og sannsynlig videre forløp som er gitt til pasient, pårørende, inkludert barn som pårørende¹, skal være dokumentert i journal og oversendt til kommunen i PLO-melding.

4.1.2 Utstyr, medisiner, tekniske hjelpemidler og behandlingshjelpemidler

Felles ansvar og oppgaver

Samarbeide om kartlegging av hjelpemidler ut fra vurdering av pasientens behov og avklare hvem som iverksetter bestilling av nødvendig teknisk utstyr.

Tekniske hjelpemidler

Det er utviklet en felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler. Prosedyren omfatter ansvarsfordeling mellom UNN og kommunen, vurdering av varighet og hastegrad for hjelpemiddelbehovet, samt framgangsmåte ved henholdsvis hastesak, varig behov og korttidsutlån. Det er også et punkt om "Ofte stilte spørsmål" der det gis eksempler på hvordan utfordringer i samarbeidet omkring hjelpemiddelformidling har blitt løst tidligere. www.unn.no/samhandling

- Sørge for at de som har ansvar for formidling av tekniske hjelpemidler har tilstrekkelig kompetanse på hjelpemiddelformidling i henhold til det som er beskrevet på <http://www.kunnskapsbanken.net/grunnopplaering-i-hjelpemiddelformidling/>. Det er nødvendig med god kjennskap til hva som defineres som korttidsutlån, varig behov og hastesak.
- Avklare i det enkelte tilfelle hvem som skal ha ansvaret for formidlingen av tekniske hjelpemidler.
- Sørge for at formidlingsprosessen alltid gjøres i samarbeid med bruker eller pårørende.
- Samarbeide i henhold til felles [prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler gjeldende for UNN og lokalsykehuskommunene](#).

Behandlingshjelpemidler²

UNNs ansvar:

- Sørge for at pasienten har tilstrekkelig medisinsk-teknisk utstyr og tilhørende forbruksmateriell ved utskrivelse av pasient.
- Sørge for nødvendig opplæring av pasient/pårørende og ansatte i kommunehelsetjenesten

¹ I henhold til retningslinje for barn som pårørende

² Se nettsiden for [behandlingshjelpemidler](#)

- Det er utstyrseier (UNN) som er ansvarlig for at anlegg er i orden før utstyr utplasseres.

Kommunens ansvar:

- Legge til rette for at ansatte får tilgang til nødvendig kunnskap og opplæring i og bruk av behandlingshjelpemidler

Elektroniske/digitale hjelpemidler/velferdsteknologi

Partnerne forplikter seg til å samarbeide rundt relevante hjelpemidler i denne kategorien og legge en plan for bruk.

4.1.3 Pasienttransport ved utskriving

UNNs ansvar:

- Rekvirere pasienttransport tilpasset pasientens funksjonsnivå/tilstand. Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport.
 - Ved transport til privat hjem gjelder ansvaret inntil pasienten har kommet inn i hjemmet.
 - Ved transport til kommunal institusjon, overføres ansvaret til kommunen når pasienten er tatt imot av kommunalt personell.

5. Barn og unge

5.1 Barn og unge som pasient

Samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene (Helse, og omsorgstjenesteloven §6-2.13),

5.1.1 Koordinering omkring barn som mottar flere tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunen (samarbeid med andre velferdstjenester)

UNNs ansvar

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det tilbys koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven §2-5a. Det er spesialisthelsetjenestens ansvar å koordinere internt under oppholdet, og eksternt med de som skal følge opp etter utskriving. Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i forløpet tilsier det, skal koordinator i spesialisthelsetjenesten samhandle med personell og instanser utenfor institusjonen som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar for pasienten.

Kommunens ansvar

Samordningsplikten lovfester et ansvar for kommunen til å sørge for at den enkelte tjenestemottaker får et samordnet tjenestetilbud. Samordningsplikten gjelder når tjenestene har [plikt til å samarbeide på individnivå](#). Samordningsplikten skal sørge for at en kommunal tjeneste får hovedansvaret for samordningen av tjenestene.

Kommunen skal samordne både kommunale, private, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester. Kommunen skal beslutte hvilken velferdstjeneste som skal samordne tilbudet. Det må avklares om barnet/ungdommen oppfyller retten til barnekoordinator og Individuell plan.

5.1.1.1 Samarbeid med andre velferdstjenester

Det må lages rutiner på systemnivå som legger til rette for godt samarbeid i pasientforløp. Der en av samarbeidspartnerne ønsker/finder det hensiktsmessig utarbeides lokale samarbeidsavtaler.

5.1.1.2 Barnekoordinator

Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator i kommunen etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 c. Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet](#)

UNNs ansvar

UNN har plikt til å informere foreldre/foresatte om retten til barnekoordinator, og melde ifra til kommunen, om behov for koordinator. når det er sannsynlig eller åpenbart at behovet er der. UNN skal samarbeide med kommunen rundt koordinering av tjenester.

Kommunens ansvar

For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.

Barnekoordinatoren skal sørge for koordinering av det samlede tjenestetilbudet som familien, barnet og ungdommen mottar, dette innebærer blant annet at barnekoordinatoren skal sørge for nødvendig samarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre velferdstjenester, der dette er nødvendig for å tilby et koordinert tjenestetilbud. Kommunens plikt til å oppnevne barnekoordinator gjelder frem til barnet fyller 18 år.

Barnekoordinator skal sørge for:

- a. koordinering av det samlede tjenestetilbudet,
- b. å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse og omsorgstjenester og andre velferdstjenester,
- c. at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet,
- d. at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, at familien og barnet gis veiledning i deres kontakt med disse, og at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike tjenester eller organisasjoner og
- e. fremdrift i arbeidet med individuell plan.

5.1.1.3 Barn og unges brukermedvirkning

På individnivå skal tjenestene skal sørge for at barnet, ungdommen og foreldre får gitt uttrykk for sine behov, ønsker og synspunkter. Barnets rett til å bli hørt og barnets beste er grunnleggende hensyn

- ved samarbeid uten at samarbeidet er knyttet til en enkeltsak (samarbeid på systemnivå)
- når det samarbeides med andre velferdstjenester i enkeltsaker (samarbeid på individnivå)
- ved avgjørelse av hvem som skal samordne tjenestetilbudet
- ved oppfyllelse av rett til barnekoordinator, alminnelig koordinator og individuell plan.

5.1.2 Barnevernansvarlig funksjon

Helse Nord RHF skal etablere funksjonen barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge, for å ivareta samarbeid med barneverninstitusjoner. I UNN er barnevernansvarlig funksjon lagt til seksjonsledere for hver barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Barnevernansvarlig bør ivareta følgende oppgaver:

- Barnevernansvarlig er kontaktperson for den enkelte barneverninstitusjon, samt asylmottak for enslige mindreårige (15-18 år), og samarbeidspartner for helseansvarlig ved institusjonen/mottaket.
- Samarbeide med kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Gi generelle råd og veiledning om psykisk helse.
- Bistå med å etablere rutiner for å kartlegge behov for helsehjelp.
- Bistå med å avklare behov for helsehjelp fra psykiske helsetjenester.
- Bistå med å tilpasse helsehjelpen slik at den er fleksibel og tilpasset barnets behov.

Etablering av barnevernansvarlig i psykisk helsevern barn og unge må ses i sammenheng med at det er innført helseansvarlig ved alle barneverninstitusjoner. Dette vil være en naturlig samarbeidspartner for barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge.

[Helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere - Retningslinjer | Bufdir](#)

5.2 Barn som pårørende

Felles ansvar:

UNN og kommunene skal samarbeide om å identifisere og kartlegge, iverksette tiltak og samhandle om barn som pårørende.

Helsepersonell har en lovpålagt plikt til å bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Det samme gjelder når foreldre eller søsken dør. Barns informasjon og oppfølgingsbehov skal ivaretas i henhold til lovverk, veiledere og egne prosedyrer for dette. Veiledning rundt ansvaret framkommer i [Pårørendeveileder](#).

Arbeidet med barn som pårørende skal være basert på samtykke.

UNNs ansvar

- UNN skal følge utarbeidede prosedyrer for samhandling om barn som pårørende.
- UNN har ansvar for at relevante og nødvendige opplysninger for å ivareta barn som pårørende/søsken gis til samarbeidende personell i kommunen.
- Informasjon om barns behov for oppfølging skal overføres via elektronisk meldeskjema i pasientjournal.

Kommunens ansvar

- Kommunen skal ha systemer som sikrer oppfølging av barn som pårørende.
- Kommunen har plikt til å organisere arbeidet omkring barn som pårørende i kommunen, herunder utarbeide og implementere prosedyrer for barn som pårørende. Prosedyren skal gjøres kjent for helsepersonell i kommunen.

- Kommunen forplikter seg til å ha system for mottak av elektronisk melding fra helseforetak til helsestasjon- og skolehelsetjeneste (om barn som pårørende). Den som mottar, fordeler oppfølgingsansvar til riktig tjeneste.
- Kommunen anbefales å opprette barneansvarlig personell i relevante tjenester (se pårørendeveilederens punkt 2.1. Kap. 2 s. 15).

6. Pasient- og pårørendeopplæring/støtte

Felles ansvar:

UNN og kommunene skal

- tilby lærings- og mestringstilbud
- ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings- og mestringstilbud
- samarbeide om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig
- sørge for en tilgjengelig oversikt over lærings- og mestringstilbudene
- tilby individuell veiledning som del av behandlingstilbudet der dette er aktuelt.

UNNs ansvar:

- Tilby helsepedagogiske kurs for helsepersonell.
- Ha en plan for støtte og oppfølging av pårørende.

Kommunens ansvar:

Tilby tjenester som bidrar til å støtte pårørende slik at de kan mestre å stå i utfordrende omsorgssituasjoner over tid, herunder; avlastning, omsorgstønad, opplæring og veiledning.

7. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

8. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

9. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

10. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.